

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Karolína Tauchmanová

Zvládání stresu u patologických hráčů v ambulantní léčbě

Coping with stress among pathological gamblers in ambulant treatment

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha, 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 17.7.2017

Bc. Karolína Tauchmanová

Podpis

Identifikační záznam:

TAUCHMANOVÁ, Karolína. *Zvládání stresu u patologických hráčů v ambulantní léčbě.* [Coping with stress among pathological gamblers in ambulant treatment]. Praha, 2017. 91 s., 5 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1.LF a VFN v Praze. Vedoucí práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Poděkování:

V první řadě bych ráda poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Lence Šťastné, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a připomínky, a také za vstřícnost, podporu a nekonečnou trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům adiktologické ambulance Kliniky adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, za pomoc při realizaci výzkumu. V neposlední řadě dekuji také všem respondentům, bez jejichž účasti a ochoty by práce nikdy nemohla vzniknout. Na závěr bych ráda poděkovala své rodině a blízkým za podporu a pochopení, jež mi v průběhu psaní této práce projevili.

Abstrakt:

VÝCHODISKA A CÍLE: Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak patologičtí hráči zvládají zátěžové situace a jaké konkrétní copingové strategie za tímto účelem využívají. Na základě předchozích výzkumů v této oblasti vychází práce z předpokladu, že patologičtí hráči mají tendenci nadměrně využívat negativní způsoby zvládání stresu na úkor těch pozitivních.

METODIKA: Výzkum byl realizován v adiktologické ambulanci, provozované v rámci Kliniky adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, a proběhl na výzkumném souboru o velikosti sedmi respondentů. Výsledky byly získávány s využitím metod kvantitativního i kvalitativního typu výzkumu, přičemž hlavními nástroji byly dotazníky SOGS, SOC, SVF78 a anamnestický dotazník, který sloužil ke zjištění demografických údajů.

VÝSLEDKY: Získané poznatky se do jisté míry shodují s předchozími studiemi a naznačují, že participantů mají ve stresových situacích tendenci nadměrně využívat negativní strategie, jakými jsou sebeobviňování, rezignace a perseverace. Zároveň mají sníženou důvěru v okolní svět, který vnímají jako chaotický a nesrozumitelný.

ZÁVĚR: Veškeré výstupy výzkumu lze rovněž využít pro implikaci do odborné praxe z hlediska nácviku vhodných copingových strategií, jež by mohli patologičtí hráči aplikovat v zátěžových situacích. Pro ověření výše uvedených poznatků by bylo třeba realizovat doplňující studii, která by pojmla patologické hráče napříč spektrem adiktologických služeb, a byla by tak více reprezentativní.

Klíčová slova:

Patologické hraní, stres, coping

Abstract:

AIMS: The aim of this thesis was to find out how pathological gamblers deal with stress situations and which particular coping strategies they use. The assumption based on previous research is that pathological gamblers tend to overuse negative coping strategies instead of positive strategies.

METHODS: The research took place within ambulatory treatment in the Clinic of Addictology of the General University Hospital in Prague and was realized with group of seven participants. The results were obtained using quantitative and qualitative research methods and the main tools were SOGS, SOC, SVF78 and anamnestic questionnaire which helped to identify the demographic data.

RESULTS: The obtained outcomes correspond to previous studies and suggest that participants tend to overuse negative coping strategies such as self-blaming, resignation and perseverance in stressful situations. At the same time, their confidence towards the world is reduced, which means that they perceive the world as messy and incomprehensible.

CONCLUSION: The research could be used to engage in professional practice in terms of training appropriate coping strategies that pathological gamblers could apply in stressful situations. In order to verify the outcomes, it would be necessary to carry out a complementary study to include pathological gamblers across the spectrum of addictological services and thus be more representative.

Key words:

Pathological gambling, stress, coping

Obsah

1. Úvod	9
2. Charakteristika patologických hráčů	10
2.1 Diagnostická kritéria	10
2.2 Patologické hráčství v České republice	12
2.3 Osobnostní rysy patologických hráčů	13
2.4 Důsledky patologického hráčství	15
2.4.1 Sociální dopady	15
2.4.2 Finanční ztráty	15
2.4.3 Zdravotní komplikace	16
2.4.4 Sebevražednost	17
3. Stres a jeho zvládání	18
3.1 Definice stresu	18
3.2 Zvládání stresu	19
3.3 Konkrétní „copingové“ strategie	20
4. Patologické hráčství – role stresu a copingové strategie	23
5. Design výzkumu	30
5.1 Výzkumné cíle	30
5.2 Metody získávání dat	30
5.2.1 Výzkumné nástroje	31
6. Výzkumný soubor	33
6.1 Etické aspekty výzkumu	37
7. Metody analýzy dat	38
7.3 Předpokládané výstupy	38
7.4 Praktický průběh realizace	38
8. Statistické údaje	40
9. Celkové výsledky	43
9.1 Dotazník South Oaks Gambling Screen (SOGS)	43
9.2 Dotazník Sense of Coherence (SOC)	45
9.3 Dotazník SVF78	47
10. Výsledky jednotlivých respondentů	53
10.1 Respondent 1	53
10.2 Respondent 2	54
10.3 Respondent 3	55
10.4 Respondent 4	56
10.5 Respondent 5	57

10.6 Respondent 6	58
10.7 Respondent 7	59
11. Kazuistika klienta	61
11.1. Anamnestické údaje	61
11.1.1 Osobní a rodinná anamnéza	61
11.2 Sociální anamnéza	62
11.2.1 Vzdělání, zaměstnání a finanční situace.....	62
11.2.3 Vztahy.....	62
11.2.2 Bydlení	62
11.3 Patologické hráčství	63
11.3.1 Léčba	63
11.4 Aktuální situace	64
11.5 Souvislost s výsledky výzkumu	64
12. Diskuze	65
13. Závěr.....	69
14. Seznam použité literatury.....	70
15. Přílohy	73

1. Úvod

Tématem této diplomové práce je zvládání stresu u patologických hráčů v ambulantní léčbě. Odborná literatura a také poznatky z praxe naznačují, že tyto dva fenomény jsou úzce spjaté. Na toto téma byla ve světě provedena řada výzkumů, které ukazují, že patologičtí hráči se právě prostřednictvím hraní stresu zbavují. Mají také tendenci více využívat negativní způsoby zvládání stresu, které jsou více zaměřené na emoce či vyhýbání se řešení daného problému. V České republice byla doposud realizována pouze studie zaměřující se na patologické hráče v ústavní léčbě. Výzkum, který je podkladem této práce se zaměřuje na klienty adiktologické ambulance, provozované v rámci Kliniky adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, měl by svým způsobem doplnit předchozí studii a svými poznatky navázat na výzkumy světové. Cílem je tedy zmapovat, jakým způsobem patologičtí hráči v ambulantní léčbě zvládají zátěžové situace a jaké konkrétní strategie za tímto účelem využívají.

Práce je členěna do třinácti kapitol. Úvodní kapitoly poskytují vhled do problematiky patologického hráčství z hlediska jeho diagnostiky, osobnostních rysů hráčů a také dopadů v jednotlivých oblastech života. Následuje definování stresu a popis jednotlivých strategií, které lze k jeho zvládání využít. Teoretický základ poté doplňuje přehled předešlých výzkumů a poznatků z nich plynoucích. Na něj navazují statistická data z adiktologické ambulance, která poukazují na složení klientely z hlediska věku, hlavních i vedlejších diagnóz. Samotný výzkum byl realizován prostřednictvím několika dotazníků, které sloužily ke zjištění demografických údajů, závažnosti hazardního hraní a také zmapování již zmíněných způsobů zvládání stresu. Výsledky z jednotlivých dotazníků jsou nejprve interpretovány v rámci celého výzkumného souboru a poté pro každého účastníka odděleně, což umožňuje pozorovat jednotlivé souvislosti. K dokreslení získaných údajů slouží kazuistika jednoho z dotazovaných, která ilustruje vztah zátěžových životních událostí a počátku i následného trvání patologického hráčství.

Výsledky tohoto výzkumu do jisté míry korespondují s přechozími studiemi a navazují na ně. Tyto poznatky lze využít pro implikaci do odborné praxe, ve smyslu nácviku vhodných copingových strategií, které by patologičtí hráči mohli využít, pokud budou vystaveni zátěžové situaci. Tato edukace by v ideálním případě mohla vést ke snížení intenzity hazardního hraní.

2. Charakteristika patologických hráčů

V současné době neznáme jasnou odpověď na to, proč se někdo stane závislým na hazardní hře a jiný nikoliv. Užitečným nástrojem je v tomto směru bio-psycho-spirituální model, který se uplatňuje u látkových závislostí. Tento model totiž bere v potaz všechny faktory, které se mohou na vzniku závislosti podílet. Jak název napovídá, jedná se o biologické faktory (genetické predispozice, tělesné nemoci apod.), duševní život jedince (např. individuální potřeby, psychopatologie, traumata), sociální sféru (rodina, vrstevníci, socio-ekonomický statut apod.) a v neposlední řadě i o spirituální rozměr osobnosti (Vacek, 2014). Licehammerová (2015) také uvádí, že hráči jsou často nejprve ovlivněni právě sociologickými faktory, jako jsou postoje a zvyky rodičů, vrstevníků a přátel, dostupnost hazardu, a také nedostatek alternativních aktivit. Poté přicházejí na řadu různá kognitivní přesvědčení, která pomáhají posílit toto chování. Hráči mají často pocit, že do hry „vidí“ a pochopili zákonitosti, které ostatním zůstávají skryty. To v nich vyvolává pocit, že příště již určitě vyhraje. Rovněž využívají hraní jako útěk od každodenní reality a zpravidla se zapojují do hazardu aby: (a) něco získali nebo (b) se od něčeho rozptýlili. Na počátku hraní přináší vždy něco pozitivního (typicky první výhra), což přispívá k udržení daného chování i přes jasné negativní důsledky (Licehammerová, 2015).

2.1 Diagnostická kritéria

Ačkoli jakožto evropská země tíhneme spíše k diagnostice vycházející z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), ráda bych nejprve zmínila diagnostická kritéria, která jsou uvedena v páté revizi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-5). Ta byla vydána v roce 2013 (v České republice v roce 2015) a patologické hráčství je zde, oproti předchozímu dílu, nově zařazeno mezi poruchy spojené s užíváním látek a poruchy spojené se závislostí. Toto nové uspořádání vychází ze skutečnosti, že gamblerství aktivuje v mozku systém odměny obdobně jako užívání návykových látek. Tento systém je mimo jiné zapojen v posilování chování a produkci vzpomínek. Dochází k velmi intenzivní aktivaci, v důsledku čehož mohou být jiné činnosti zanedbávány. S těmito skutečnostmi souvisí následující diagnostická kritéria, která charakterizují patologické hráčství jako:

- A) *„Přetrvávající a opakující se problémové hraní, které vede ke klinicky významnému narušení nebo nepohodě, o čemž svědčí u jedince výskyt čtyř (nebo více) z následujících kritérií během období 12 měsíců:*

1. *Potřeba hrát se vzrůstajícími finančními částkami za účelem dosažení žádoucího vzrušení.*
 2. *Neklid nebo iritabilita při pokusech omezit hraní nebo s ním skončit.*
 3. *Opakované neúspěšné pokusy kontrolovat či omezit hraní nebo ho ukončit.*
 4. *Časté zaobírání se hraním (např. přetrvávající myšlenky a znovuprožívání dřívějších hráčských zážitků, analyzování nebo plánování dalších činů, přemýšlení, jak získat peníze k hraní).*
 5. *Časté hraní, pokud cítí nepohodu (např. bezmocnost, vina, úzkost, deprese).*
 6. *Po prohře peněz se často druhý den vrací, aby vyrovnal bilanci (dohnal zpět své ztráty).*
 7. *Lhaní, aby zatajil rozsah zaujetí hraním.*
 8. *Ohrožení nebo ztráta významného vztahu, práce nebo příležitostí ke vzdělání nebo kariéře kvůli hraní.*
 9. *Spoléhání, že ostatní poskytnou peníze k nápravě zoufalé finanční situace zapříčiněné hraním.*
- B) *Hraní nelze vysvětlit manickou epizodou.“*

Podle počtu kritérií, která jsou splněna, se dále rozlišuje stupeň závažnosti na mírnou (4-5 kritérií), střední (6-7 kritérií) a těžkou (8-9 kritérií). Jedinci, kteří jsou léčeni pro patologické hráčství mají typicky středně těžkou nebo těžkou formu (Raboch et al., 2015).

Naopak v MKN-10 najdeme patologické hráčství v oddílu „Poruchy osobnosti a chování u dospělých“, konkrétně mezi nutkavými a impulzivními poruchami (F63). Zde je patologické hráčství (F63.0) definováno jako: „*Porucha spočívající v častých a opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě subjektu na újmu hodnot a závazků sociálních, vyplývajících ze zaměstnání, materiálních a rodinných.*“ Konkrétní diagnostická kritéria jsou následující:

1. *„Během období nejméně jednoho roku se vyskytnou dvě nebo více epizod hráčství.*
2. *Tyto epizody nejsou pro jednotlivce výnosné, ale opakují se přesto, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život.*
3. *Jedinec popisuje silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, a hovoří o tom, že není schopen silou vůle hře odolat.*
4. *Jedinec je zaujat myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí“ (Nešpor, 2011a).*

Vidíme tedy, že diagnostika podle DSM-5 je mnohem detailnější a více se podobá kritériím pro závislost na návykových látkách.

Nicméně výraz patologické hráčství je medicínský pojem vymezený výše uvedenými kritérii, a zdaleka ne všichni jedinci, kteří se zabývají hazardní hrou, musí spadat do této kategorie. Velmi

často je užíván rovněž výraz škodlivé hraní. Vacek (2014) ho ve své publikaci vymezuje jako: „*Jakýkoliv druh opakovaného hraní hazardních her jedincem, které má negativní důsledky, zejména vážné finanční problémy a ztráty v oblasti tělesného, duševního a sociálního zdraví.*“ Nutno říci, že hraní nemá negativní dopady pouze na daného jedince, ale i na jeho rodinu a širší okolí, přičemž míra této škody se může lišit. V některých případech se jedná pouze o krátkodobou epizodu, zatímco jindy může jít o trvalý a ve svých dopadech významný stav (Vacek, 2014). Více informací o konkrétních případech je uvedeno níže v kapitole 2.4.

2.2 Patologické hráčství v České republice

Podle průzkumu, který provedlo Národní monitorovací středisko v roce 2015, má s hraním hazardních her alespoň jednu zkušenost 36,8 % dotázaných. V posledních dvanácti měsících uvedlo hazardní hraní 20,4 % respondentů a v posledních 30 dnech to bylo 8,2 %. Ve všech případech se jednalo převážně o muže. Ti přirozeně dominují také mezi problémovými hráči, kterých je v České republice přibližně 1,5–2,3 %, tedy zhruba 130–200 tisíc dospělých osob. Polovina z nich jsou jedinci s diagnostikovaným patologickým hráčstvím (0,6–1,2 % dospělé populace, tj. 55–100 tisíc osob). Ženy představují zhruba jednu čtvrtinu z celkového počtu problémových hráčů (Mravčík et. al, 2016).

Dle dotazníkové studie mapující charakteristiky problémových hráčů se jako nejvíce preferovaný druh hry ukázala elektronická herní zařízení (EHZ), která jako svou primární problémovou hru uvedlo 82,9 % dotázaných. Mezi EHZ patří videoloterijní terminály (VLT), výherní hrací přístroje (VHP) a elektromechanické rulety (EMR). Dále 5,9 % respondentů uvedlo online kurzové sázky jako svou primární hru, 4,4 % jiné online hry, 3,9 % kurzové sázení v kamenných pobočkách sázkových kanceláří a 2,2 % sázkové hry v kasinu (Mravčík et. al, 2015a). Podobné, avšak o něco aktuálnější výsledky, týkající se primární problémové hry nalezneme ve Výroční zprávě o hazardním hraní v ČR (Mravčík et al., 2016). Nutno podotknout, že oba výzkumy byly prováděny na léčených patologických hráčích. Konkrétní údaje z Výroční zprávy a porovnání s rokem 2013 uvádím v tabulce níže.

Tabulka 1. Porovnání primární problémové hry v letech 2013 a 2015

Typ hry	2013	2015
Technické hry	83 %	67 %
Online hry	10 %	14 %
Kurzové sázky v kamenných obchodech	4 %	9 %
Živé hry v kasinu	4 %	6 %

Pokud navzájem porovnáme tyto údaje, nelze si nevšimnout, že výrazně stouplo procento online her na úkor technických her. Nárůst můžeme pozorovat i u sázek v kamenných obchodech a hrách v kasinu.

2.3 Osobnostní rysy patologických hráčů

Dle DSM-5 se s patologickým hráčstvím pojí následující osobnostní rysy:

- Impulzivita;
- energičnost;
- soutěživost;
- neklid;
- větší tendence k pocitům nudy;
- možná závislost na hodnocení druhých;
- štědrost a rozhazovačnost, pokud vyhrají;
- sklon k depresi a pocitům osamění.

Kromě výše uvedených rysů manuál uvádí, že se patologické hráčství často vyskytuje společně s antisociální poruchou, depresivními, úzkostnými a bipolárními poruchami a také v souvislosti s užíváním návykových látek (Raboch et al., 2015). Tuto skutečnost potvrzují také Maierová a Charvát (2015), kteří uvádějí, že ve srovnání s obecnou populací, jsou patologičtí hráči v mnoha ohledech problematičtější, s vyšším výskytem různých rizikových faktorů či psychiatrických komorbidit. Svě tvrzení dokládají vlastním výzkumem, k němuž využili Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti (PSSI). Patologičtí hráči v tomto dotazníku skórovali výše oproti normě zejména v kategoriích: paranoidní, sebenejistý, závislý a depresivní, ale také borderline (hraniční) a negativistický. Nešpor (2011b) však varuje před nesprávným diagnostickým posouzením. Zdůrazňuje, že v důsledku zátěžové životní situace se může objevit depresivní nebo úzkostná krize, která může napodobovat depresivní či úzkostnou poruchu. Stejně tak impulzivní nebo i kriminální

jednání by mohlo vést k nesprávné diagnóze poruchy osobnosti. Při posuzování je třeba brát zřetel na následující faktory:

- Jak dlouho porucha trvá a zda má nějakou souvislost se zátěžovou životní situací vyvolanou hazardem;
- počátek projevů problémového chování před začátkem hazardního hraní nebo až po jeho začátku;
- případné vymizení problémového chování a jeho příznaků při abstinenci (Nešpor, 2011b).

Mravčík, Černý et al. (2015a) rozlišují na základě předchozích studií (Blaszczynski & Nower, 2002) tři podskupiny patologických hráčů:

- Emočně zranitelní hráči – prostřednictvím hraní dosahují zmírnění preexistující úzkosti, deprese a také neschopnosti řešit nepříznivé životní zkušenosti a situace;
- impulzivní hráči – hraní je způsobem, jak uspokojit potřeby plynoucí z impulzivní osobnosti, důsledkem nízké tolerance k nudě a rovněž potřeby vyhledávat neustále nové zážitky (v angličtině označováno jako „*sensation-seeking*“);
- hráči, kteří nemají preexistující sklon k impulzivitě či jinou psychopatologii – hraní je pouze naučeným podmíněným chováním, na které se vyvinul návyk.

Vztah gamblingu a impulzivity je neoddiskutovatelný a objevuje se napříč řadou studií. Blaszczynski a Nower (2002) například spojují vznik gamblingu s biologicky danou náchylností k impulzivitě, díky které reagují patologičtí hráči na hazardní aktivity odlišně než ostatní lidé. Impulzivní chování způsobuje potěšení, i přes škodlivou povahu dané aktivity, což může být právě zmíněné patologické hráčství. Výše uvedení autoři dále označují gamblery za heterogenní skupinu s podskupinou těch, kteří mají poruchy nálady, a těch, kteří trpí poruchami impulzivity. Jiné studie poukazují na to, že impulzivita a psychologický stres jsou úzce spojeny se závažností patologického hráčství. Předpokládá se, že právě impulzivita zvyšuje nutkání hrát, nebo brání ovládnutí tohoto chování (Sleccka et al., 2016). Důležitou roli zde hraje také to, jaké strategie využívá daný jedinec ke zvládnutí stresových situací. Ukázalo se, že impulzivita a emočně zaměřené strategie zvládnutí stresu do jisté míry předurčují problémy s hraním. Naopak jedinci, kteří používají více strategie zaměřené na řešení problému a kteří vykazují menší impulzivitu, také méně často hrají. Vhodné strategie mohou mírnit tendence impulzivních osob k hraní (Lightsey&Hulsey, 2002). Z výše uvedených výzkumů tedy vyplývá, že impulzivita s patologickým hráčstvím skutečně úzce souvisí, avšak ne všichni hráči musí mít nezbytně problémy s impulzivitou. Existuje i řada dalších faktorů, které je třeba brát v úvahu.

2.4 Důsledky patologického hráčství

2.4.1 Sociální dopady

Patologické hráčství má na život jedince devastující vliv v mnoha ohledech. Jedním z nich je právě rovina sociálních vztahů. Hráči se propadají stále hlouběji do nekonečného koloběhu proher, půjčování peněz, snahy vyhrát zpět ztracené peníze a opětovného prohrávání. V důsledku toho neplní pracovní povinnosti, zanedbávají své záliby a půjčují si peníze od přátel, o které tímto způsobem přicházejí. Největší dopad má však toto chování na rodinný život hráčů, především proto, že lhaní je zde na denním pořádku. Hráči své rodiny zanedbávají, utrácí rodinné peníze, kradou věci z domácnosti za účelem prodeje a někteří jsou vůči svým nejbližším agresivní (Mravčík et al., 2015a). Děti jsou citově i hmotně deprivovány a v pozdějším věku mohou navíc trpět pocitem viny za chování rodičů. Výjimkou bohužel není ani násilí či zneužívání dětí. Manželky patologických hráčů se za problém v rodině zpravidla stydí, a proto se izolují od okolí. Častěji se u nich objevují deprese, úzkosti, zneužívání alkoholu a jiných návykových látek (Nešpor, 2011b). Zhoršené vztahy s rodinou jsou samotnými hráči právem vnímány jako nejhorší důsledek jejich jednání a je to rovněž jeden z faktorů, které je nejčastěji přivádí ke zdrojům odborné pomoci (Mravčík et al., 2015a).

Drbohlavová et al. (2015) nahlíží na vztahy z poněkud odlišného úhlu pohledu. Ve své studii uvádí, že převážná část respondentů vztahy v průběhu hráčské kariéry buď úplně postrádala, nebyla v nich spokojena, nebo pro ně emoční rozměr těchto vztahů nebyl významný. Řada z nich měla na udržení vztahu hlavně materiální zájem. Představoval pro ně střechu nad hlavou, zdroj financí, stravy a úkryt před věřiteli. Finanční zájem v průběhu hraní rostl a znemožňoval tak ukončení nevyhovujícího vztahu. Blízcí také často jedincovo hraní podporují tím, že přijímají neuvěřitelné historky o původu dluhů a předstírají, že problém nevidí. Stejně jako v předchozím výzkumu však hráči hodnotili ztrátu blízkých vztahů jako největší dopad, přičemž finance byly až na druhém místě. Kromě rozpadu vztahů a s tím spojené osamělosti může hraní hazardních her vést až k sociálnímu vyloučení, nezaměstnanosti, chudobě, bezdomovectví a rovněž se významně zvyšuje riziko uvěznění (Nešpor, 2011b).

2.4.2 Finanční ztráty

Ve většině případů jedinci na počátku své hráčské kariéry hrají s legálně vydělanými penězi. Poté jako zdroj svých financí využívají bankovní půjčky, práci „na černo“ a uchylují se také k nebankovním půjčkám. V neposlední řadě jsou zdrojem financí také blízcí a přátelé hráče a někteří si opatřují prostředky i skrze nelegální činnost (Mravčík et al., 2015a). Podobný proces zadlužování

popisuje také Roznerová (2015), která uvádí, že nejprve jsou vyčerpány osobní zdroje. Mezi ty patří nejen výplata, ale i mimořádné příjmy, úspory a finance získané prodejem movitého majetku. Poté hráči zpravidla žádají o půjčku své blízké či přátele a v další fázi se obrací na bankovní sektor (spotřebitelský úvěr, konsolidace úvěrů, kontokorent, kreditní karta apod.). Odtud je již jen krůček k nebankovním poskytovatelům služeb (např. Cetelem, Provident, Home Credit), kteří nabízejí peníze rychle, avšak za nevýhodných podmínek (vysoký úrok, sankce apod.). Posledním krůčkem může být nelegální sféra, což jsou například půjčky od lichvářů či majetková trestná činnost (viz Obrázek 1). Časté jsou i krádeže hotovosti či předmětů z domácnosti, které však málokdy bývají nahlášený. Mravčík et al. (2015a) na základě vlastního výzkumu uvádí, že peníze na hraní si někdy půjčilo 95,2 % dotázaných, přičemž se splácením mělo problém celých 76 %. Exekuce platu se nevyhnula 40 % z nich.

Obrázek 1. Postup zadlužování



Zdroj: Roznerová (2015)

Dle dat z Výroční zprávy o hazardním hraní v České republice, se v roce 2015 pohybovala průměrná výše dluhu u léčených patologických hráčů kolem 596 tisíc korun, přičemž minimum bylo 4800 korun a maximum 6 milionů korun. Celkově byla výše dluhů větší u hráčů technických her (tzv. automaty) a online sázek než u hráčů karetních her a kurzových sázek. Nutno však říci, že problémoví hráči mají poměrně dobrý přehled o svých dluzích a věřitelích. Na rozdíl od uživatelů návykových látek se mnohem častěji snaží své dluhy aktivně řešit a častěji se jim daří výši dluhu snižovat (Mravčík et al., 2016)

2.4.3 Zdravotní komplikace

Kromě sociálních a finančních dopadů s sebou patologické hráčství nese také zdravotní komplikace, spojené s daným životním stylem. Z fyzických projevů poukazuje Roznerová (2015) zejména na tyto obtíže:

- Bolesti páteře a hemoroidy – zapříčiněné dlouhým sezením v nepřírozené poloze;
- problémy se zrakem – vlivem dlouhého sledování herních automatů;

- zvýšený krevní tlak, kardiovaskulární choroby – možný důsledek zvýšeného stresu;
- zvýšená kazivost zubů, trávicí problémy, žaludeční vředy – konzumace energetických nápojů, nezdravá a nevyvážená strava (fastfood).

Mravčík (2015a) se zaměřuje spíše na potíže psychického rázu jako jsou úzkostné stavy, nervozita, nespavost a podrážděnost. Ty souvisí s různými psychiatrickými komorbiditami, které u hráčů nebývají výjimečné. Dále také poukazuje na užívání návykových látek, z nichž se nejčastěji jedná o tabák a alkohol. Z nelegálních návykových látek se poté objevuje konopí a pervitin. Dle Roznerové (2015) se právě u konopí často jedná o sebe medikaci, kterou se hráči snaží řešit výše zmíněné úzkosti a nespavost. Ojedinělá není rovněž kombinace s antidepresivy.

2.4.4 Sebevraždnost

Všechny výše uvedené důsledky patologického hráčství a životního stylu s ním spojeným vedou k pocitům zmaru a vnímání celé situace jako bezvýchodné. Zejména finanční problémy přispívají k tomuto stavu velkou měrou. Vztah mezi zadlužeností a sebevraždnými tendencemi však může být oboustranný. Bylo totiž prokázáno, že existenční obavy a sebevraždné myšlenky zvyšují tendenci riskovat. V důsledku toho hráči opět prohrají a jejich dluh narůstá (Hart, Schwabach&Solomon, 2010). Mravčík (2015b) uvádí, že až 80 % patologických hráčů má sebevraždné myšlenky, přičemž zhruba 20-30 % z nich se o sebevraždu skutečně pokusilo. Dle odhadů mohou patologičtí hráči tvořit přibližně 10-20 % všech dokonaných sebevražd. Při porovnání s obecnou populací je u patologických hráčů podíl sebevražd na celkové úmrtnosti až 3,4krát vyšší a představuje třetí nejčastější příčinu úmrtí. Jinými slovy riziko úmrtí patologických hráčů v důsledku sebevraždy je 6-7krát vyšší, než u jejich vrstevníků v obecné populaci. Tato skutečnost však do velké míry souvisí také s psychiatrickými komorbiditami. Dle řady předchozích studií má totiž více než 90 % hráčů v léčbě více než jednu diagnózu. Výjimkou není ani pět a více diagnóz u jednoho pacienta (Mravčík, 2015b).

3. Stres a jeho zvládání

3.1 Definice stresu

Ačkoliv se stres může jevit jako poměrně novodobý pojem, který je spojený se současnou hektickou dobou, není tomu tak. Zakladatelem nauky o stresu je lékař, biolog a chemik Hans Selye, který se narodil v Rakousku-Uhersku, ale působil zejména v Kanadě. S první definicí stresu přišel již v době před druhou světovou válkou. Jako první si také všiml souvislosti mezi stresem a reakcí nadledvin, které jak se později ukázalo, jsou hlavní stresové endokrinní žlázy (Schreiber, 2000). Právě Selye ve své publikaci z roku 1966 uvádí jednu z prvních definic stresu. Říká, že: *„V medicínském pojetí znamená stres souhrn procesů spojených s opotřebováváním těla v průběhu života. Kdo si uvědomí, že vše, co dělá – nebo co se s ním děje – jej do jisté míry vyčerpává, ten bude mít aspoň mlhavou představu o tom, co pod pojmem stres myslíme.“* Touto definicí mimo jiné poukazuje na to, že stres je komplexní pojem, jehož význam nelze snadno shrnout do jedné věty. Selye dále uvádí, že stres vyvolává celkem přesně zjiřitelné změny ve struktuře, chemické skladbě a funkcích těla. Některé se projevují jako poškození a jiné představují adaptační reakce organismu a způsob jeho obrany proti stresu. Stres však může mít také pozitivní účinky, a to například v případě šokové terapie nebo při sportu.

Nakonečný (2013) pojímá stres jako silnou frustraci, která vzniká v případě, kdy na člověka působí nadměrně silný podnět delší dobu, nebo když se ocitne v nesnesitelné situaci, které se nemůže vyhnout a setrvává v ní. Rovněž popisuje tři fáze reakce na stres. První fáze se nazývá alarmová reakce a jsou při ní mobilizovány tělesné obranné mechanismy. Tyto tělesné projevy zahrnují zvýšení srdeční činnosti, zvýšení tlaku, pokles teploty kůže a řadu hormonálních změn, které jsou doprovázeny emocemi neklidu, ohrožení a dalšími negativními pocity. Poté následuje rezistence vůči stresu a pokus o adaptaci. Pokud stres i nadále pokračuje, dochází ve třetí fázi k vyčerpání sil a zhroucení (Nakonečný, 2013). K takovéto aktivaci organismu v současné době dochází mnohem častěji, než je nezbytné a systém navíc zůstává „zapnutý“ dlouhé měsíce, ačkoliv by tato reakce měla pominout během několika minut (Joshi, 2007).

Stres může být vyvolán nespočetným množstvím různých událostí. Tyto události by se daly rozdělit do několika kategorií: (a) traumatické události, (b) nepředvídatelné události, (c) neovlivnitelné události a ty (d), které představují výzvu pro hranice našich schopností nebo našeho sebe-pojetí. Konkrétně se může jednat například o války, přírodní katastrofy, úmrtí někoho blízkého, ztrátu přítele, vážnou nemoc, stěhování do nového prostředí nebo i běžnou dopravní zácpu (Atkinson, 2003). Paulík (2010) uvádí, že stres může nastat pokud:

1. Jsou působící podněty extrémně silné, případně obtěžující, či překračují únosnou mez tím, že působí příliš dlouho, nebo dojde k nahromadění většího množství různých nepříjemností. Nároky spojené s touto situací vyžadují značně vyčerpávající úsilí, které v samotném důsledku nemusí ani stačit;
2. jsou nároky naopak dlouhodobě minimální či málo proměnlivé. V tomto případě člověk svou kapacitu nevyužívá a nedochází tak k potřebné stimulaci. To může být pro daného jedince náročné tím víc, čím je jeho potřeba podnětů vyšší.

Podněty, které odolnost jedince výrazně přesahují (momentálně či dlouhodobě), případně její kapacitu využívají pouze minimálně či vůbec, jsou označovány za stresory (Paulík, 2010).

Podle intenzity stresové reakce lze stres rozdělit na hyperstres a hypostres. Hyperstres překračuje hranice adaptability, tedy schopnosti se s ním vyrovnat. Naopak hypostres ještě nedosáhl hranice nevládnutelnosti, ale v případě jeho hromadění a dlouhodobého působení může dojít ke zvratu. Dále lze stres rozdělit také podle toho, jakým způsobem na člověka působí. Negativně působící stres se nazývá distres. Tento výraz se používá pro nepříznivé stresové situace. Avšak v běžné řeči, má samotné slovo „stres“ vždy negativní podtext. Naproti tomu eustres je výraz pro stres pozitivní, což může být například rozechvění při očekávání emocionálně kladné události, jako je příjezd milované osoby (Křivohlavý, 1994). Nakonečný (2013) k tomuto rozdělení ještě dodává, že některým jedincům eustres vyhovuje, což souvisí se zvýšenou hladinou optimální stimulace, tendencí k riziku apod.

3.2 Zvládání stresu

Z hlediska vyrovnávání se se stresovými situacemi je nezbytné rozlišovat mezi termíny adaptace a zvládání (z angl. coping). Křivohlavý (1994) ve své publikaci uvádí, že otázkou adaptace se nezabývají pouze psychologicky orientované obory, ale již od dob Charlese Darwina je klíčovým termínem vývojové teorie v biologii. Tam je chápána jako schopnost organismu přizpůsobovat se relativně novým, neobvyklým a často náročným změnám. A ne jinak je tomu právě v psychologii. Hlubší význam původního latinského výrazu „ad-aptare“ totiž zní: „*být dobře připraven k tomu, co mě čeká*“ (Křivohlavý, 1994). Paulík (2010) zdůrazňuje, že adaptace se vztahuje ke zvládání zátěže jako takové, přičemž rozlišuje mezi zátěží a stresem. Stres vnímá jako specifický případ obecněji pojaté zátěže. Jinými slovy zátěž je běžnou součástí života, se kterou se člověk dokáže snadněji vyrovnat, avšak stres je stav, kdy míra zátěže již překračuje únosnou mez. Pro organismus tato situace představuje značnou výzvu z hlediska jeho adaptačních možností.

Oproti adaptaci je slovo „*coping*“ neboli zvládání stresu novějším pojmem. V angličtině tento termín znamená mimo jiné vypořádat se s něčím, poradit si, vyrovnat se, vydržet či snášet nějakou těžkou situaci (Knezovič, 1999). O něco složitější je definice, kterou uvádí Folkman et al. (1986) podle níž se jedná o: „*behaviorální, kognitivní nebo sociální odpovědi související s úsilím osoby eliminovat, zvládat či tolerovat vnitřní nebo vnější tlaky a tenze pocházející z interakce osobnosti a prostředí*“. Nakonečný (1997) dodává, že nejde pouze o řešení problému jako takového, ale o nasazení celé osobnosti, s čímž se pojí například i zvládnutí vzniklé emocionální krize.

Oba výše uvedené termíny, jak adaptace, tak zvládání, se vztahují k jednání člověka v těžké situaci. Rozdíl mezi nimi je v míře zátěže, se kterou se člověk vyrovnává. O adaptaci hovoříme, pokud je zátěž v relativně normálních mezích a člověk je schopen ji zvládnout. Naopak pojmem coping se rozumí boj jedince s nepřiměřenou či přímo nadlimitní zátěží (Křivohlavý, 1994). Z hlediska předchozího dělení (viz kapitola 3.1) již v této souvislosti nehovoříme o stresu, ale o distresu. Ke zvládání distresu se pojí řada strategií a technik, kterým se budu věnovat v následující kapitole a které jsou rovněž předmětem výzkumu.

3.3 Konkrétní „copingové“ strategie

Do problematiky jednotlivých strategií zvládání zátěžových situací nás pravděpodobně nejlépe uvede klasická definice copingu, kterou formulovali Cohen a Lazarus: „*Zvládáním se rozumí snaha – jak intrapsychická (vnitřní), tak zaměřená na určitou činnost – řídit, tolerovat, redukovat a minimalizovat vnitřní i vnější požadavky kladené na člověka a střety mezi těmito požadavky. Jde přitom o požadavky mimořádně vysoké, které člověka značně namáhají a ztěžují nebo převyšují zdroje, které má daná osoba k dispozici.*“ Tato definice bere v úvahu nejen požadavky kladené na člověka, ale také zdroje jeho sil a možností (Křivohlavý, 1994). Na ní do jisté míry navazuje G. Prystav (1981, in Paulík 2010), který se snaží o uspořádání pojmů, pojících se k fenoménu zvládání, přičemž rozlišuje:

- „*Zvládací schopnosti jako souhrn osobních dispozic ovlivňujících zvládání zátěží na kognitivní, emocionální i behaviorální úrovni;*
- *zvládací zdroje aktuální charakteristiky jedince (aktuální psychosomatický stav) a prostředí (sociální opora, bioklimatické vlivy, materiální podmínky apod.) důležité pro zvládání;*
- *zvládací procesy jsou psychofyzilogické děje, které nastávají v transakcích organismu a prostředí v okamžiku vnímaného stresu;*

- *zvládací strategie (styly, vzorce) poměrně stabilní, habituální, vzorce poznávání, chování a prožívání, které jedinec užívá ve snaze adaptovat se na zátěž.“*

Paulík (2010) dodává, že jednotliví lidé mají tendenci k určitému konzistentnímu chování ve stresových situacích. Hovoříme pak tedy o konkrétním zvládacím (copingovém) stylu, což je soubor podobných nebo shodných prvků, které lidé uplatňují, pokud jejich reakce není ovlivněna především výrazně působícími okolnostmi.

Pokud nahlédneme do literatury, která se váže k tomuto tématu, nelze si nevšimnout, že existuje celá řada názorů a způsobů dělení jednotlivých copingových strategií, které jsou si navzájem podobné. Níže uvádím výčet několika z nich, jež se rovněž do jisté míry překrývají či vzájemně doplňují. Například již dříve zmíněný autor R. S. Lazarus (1966) rozlišuje čtyři kategorie zvládání (copingu):

- Strategie netečnosti (apatie): člověk, který se dostane do těžké stresové situace se chová ke všemu zcela apaticky a upadá do pocitů bezmoci a beznaděje;
- strategie vyhnutí se působení noxy (škodliviny);
- strategie útoku na rušivý fenomén (noxa);
- strategie posilování vlastních zdrojů síly a odolnosti vůči noxám.

Podobné rozdělení nabízí také Nakonečný ve své publikaci z roku 1997, který uvádí tři typy zvládnutí:

- *„Zaměření na změnu nebo odstranění vnějších podmínek vyvolávajících stres (instrumentálně orientované zvládnutí);*
- *zaměření na změnu vnitřní, na eliminaci či reinterpetaci negativních emocí (emocionálně orientované zvládnutí);*
- *zaměření na změnu významu situace pro jedince, na přehodnocení situace (zaměření na zvládnutí označované jako „appraisal-focused coping“, tj. volně řečeno zaměření na přecenění).“*

Paulík (2010) zmiňuje také pozdější práce R. S. Lazaruse, ve kterých přechází k jednoduššímu dělení na pouhé dva základní typy zvládání podle toho, jak působí: (1) zvládání zaměřené na problém („*problem-focused coping*“) a (2) zvládání zaměřené na emoce („*emotion-focused coping*“). Jednotlivé typy jsou voleny podle zhodnocení situace. Pokud jedinec usoudí, že je možné něco dělat, volí zvládání zaměřené na problém. Což v praxi znamená, že se snaží najít více informací o způsobech, jak danou situaci vyřešit. Poté přechází k samotné akci, kdy získané informace

uplatňuje při změnách vlastního chování, aktivních zásazích do prostředí, i ve vyhledávání pomoci od druhých lidí. Pokud však při hodnocení situace jedinec dojde k závěru, že se nic činit nedá, převládne zvládání zaměřené na emoce. To je snaha regulovat emocionální stres změnou vnímání nebo interpretace stresoru, což zahrnuje bagatelizaci, pozitivní srovnávání či vytváření pozitivních hodnot z negativní situace. Jinými slovy se člověk pokouší vyhnout myšlenkám na ohrožení, mění názor na to, co se děje a dává událostem jiný význam (Lightsey&Hulsey, 2002; Paulík, 2010).

Autoři C. S. Carver, M. F. Scheier a J. K. Weintraub, které zmiňuje Paulík (2010) rozlišují, kromě zvládání zaměřeného na problém či na emoce, ještě třetí skupinu. Tu označují jako dysfunkční způsoby zvládání. Patří mezi ně: (a) projevování negativních emocí, (b) mentální a behaviorální oddálení (snaha odpoutat se od problému tím, že se zaměřím na jiné aktivity, či skrze pasivitu, bezmoc a rezignaci) a (c) snaha uniknout z obtížné situace včetně vyhnutí se nutnosti jejího řešení pomocí návykových látek.

4. Patologické hráčství – role stresu a copingové strategie

V této kapitole budou předloženy a vzájemně porovnány výsledky několika zahraničních výzkumů, které se zabývali tímto fenoménem. Tyto výzkumy a poznatky z nich vyplývající slouží jako základ mnou realizovaného výzkumu a zároveň poskytují prostor pro komparaci získaných dat.

První výzkum, který bych ráda zmínila vychází z výše uvedeného rozdělení strategií zvládání na emočně zaměřené a ty, které jsou zaměřené na problém. Nicméně autoři (Farrelly, Ffrench, Ogeil&Phillips, 2007) poukazují na skutečnost, že toto rozdělení nemůže adekvátně zachytit rozdílnost procesů zvládání. Využívají tedy dělení dle Folkmana a Lazaruse (1988), kteří nastínili osm různých strategií:

- Konfrontační zvládání;
- distancování;
- sebe-kontrola;
- hledání sociální podpory;
- přijímání zodpovědnosti;
- vyhýbání – útěk;
- plánování řešení problému;
- pozitivní přehodnocení (nové posouzení).

Autoři dále uvádí, že již v minulosti řada výzkumů pozorovala, že problémoví hráči mají tendenci tíhnout k vyhýbavým strategiím zvládání. Problémoví či patologičtí hráči rovněž méně často využívají strategie zaměřené přímo na zdroj stresu. Někteří autoři (např. Nower et al., 2004) naznačují, že gambling může poskytovat jistou formu nepatologické disociace podobné například dennímu snění či meditaci, kdy jedinec „zablokuje“ okolní svět a soustředí se na příjemnější či relaxační události. Výsledky výzkumu ukázaly, že právě tato disociace (oddělení) patří mezi vyhýbavé copingové strategie. Problémoví hráči, kteří měli vysoké skóre v dotazníku SOGS („South Oaks Gambling Screen“) byli spojeni s depresivním chováním a strategiemi zahrnujícími popření a konfrontaci. Na základě získaných údajů vznikl předpoklad, že specifické copingové strategie mohou být predispozicí pro vznik problémů s gamblingem, jelikož jedinci, kteří měli větší tendenci používat konfrontační strategie a popření, se spíše stávali problémovými hráči. Objevily se rovněž náznaky dvou vzájemně oddělených mechanismů:

1. Jedinci, kteří mají větší tendenci k distančním strategiím, rovněž spíše využívají strategii vyhýbání – útěk a mají také zkušenost s disociací. Zároveň mají tito lidé větší sklon k tomu být depresivní;

2. jedinci, kteří využívají více konfrontační zvládání se spíše stávají problémovými hráči.

Výsledky podporují tvrzení Blaczynského a Nowera (2002), že gambleři jsou heterogenní skupina s podskupinou těch, kteří mají poruchy nálady a těch, kteří trpí poruchami impulsivity. Právě impulsivita souvisí s druhým z výše uvedených mechanismů. Agrese, nepřátelství a riskování, které se váží ke konfrontačnímu copingu, mohou být totiž rovněž přisuzovány impulzivní poruše. Hráči, kteří využívají konfrontační zvládání si mohou v tomto problémovém chování libovat. Ne proto, že touží po úniku, ale kvůli snížení napětí, které s sebou hraní přináší.

Impulzivitou u patologických hráčů a jejím vztahem ke strategiím zvládání stresu se zabývá i výzkum, který realizovali Lightsey a Hulseý (2002) na souboru univerzitních studentů. V úvodu nastínili, že použití efektivních copingových strategií může vést ke „zdravému“ výsledku, zatímco neefektivní coping nebo nedostatek copingových dovedností může vést k závislostnímu chování. Jinak řečeno osoby, které využívají neefektivní copingové strategie budou s větší pravděpodobností hrát, když se dostanou do stresové situace. Stresující události tedy mohou být spojeny se samotným rozvojem problémů s hraním. Lightsey a Hulseý (2002) dokonce označují patologické hráčství jako pokus jedince sám se „vyléčit“ od stresu. Gambling je často podnícen nějakou spouštěcí událostí, která může být buď vnitřní (nuda, úzkost apod.) nebo vnější (např. hádka s blízkou osobou). Po kognitivním zpracování následuje emoční reakce a jedinec si volí copingovou strategii, aby se vypořádal s danou situací a nechtěnými emocemi. Použití neefektivního copingu může vést k dalším negativním emocím ohledně sebe sama, přičemž následuje další stres. Jedinec se tedy dostává do „začarovaného kruhu“, kdy hraje ve snaze uniknout negativním emocím, avšak toho hraní v něm vyvolává další negativní pocity. Výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že při větším zapojení strategií zaměřených na problém (a jeho zvládání) a menším využití emočně orientovaných strategií, byla impulsivita pouze slabým prediktorem patologického hráčství. To poukazuje na fakt, že učení technik zaměřených na řešení problému a snižování emočních strategií, může být užitečné ve snaze pomoci impulzivním osobám vyhnout se gamblingu. Jinými slovy správný (efektivní) coping mírní tendence impulzivních osob ke hraní.

Další studie se zabývá rolí stresu a copingu u mladistvých, konkrétně středoškolských studentů v Kanadě (Bergevin, Gupta, Derevensky&Kaufman, 2006). Autoři na úvod nastiňují skutečnost, že copingové dovednosti určují, jak jedinec prožívá stres. Pozitivní zvládání (kam řadí coping zaměřený na řešení problému) dovoluují jedinci zvážit více možností, když se potýká se stresující životní událostí. Naopak menší využití těchto strategií, což obvykle znamená zapojení vyhubavého chování, přemítání nebo jiných negativně působících strategií, toto neumožňují. Použití aktivních způsobů vyrovnávání se se stresem je spojeno s pozitivními vývojovými důsledky, jako je

pocit sebe-účinnosti (z angl. self-efficacy), pozitivní sebehodnocení (z angl. self-esteem) a vnímané zvýšení kompetence v mnoha oblastech. Tyto strategie jsou rovněž spojeny s menším množstvím emočních problémů a problémů s chováním a stejně tak i s menším výskytem užívání návykových látek. Negativní strategie naopak vedly k většímu výskytu depresí, problémům s chováním a užívání návykových látek. Právě coping může být základním mechanismem, který odděluje kontrolované hraní od nadměrného. Mezi mladistvými hráči byly identifikovány tři základní typy copingu:

- Strategie zaměřené na řešení problému (snaha vyřešit nebo minimalizovat dopad stresových situací);
- emočně zaměřené strategie (nadměrné zaujetí sebou samým, únik do fantazie);
- vyhýbavé strategie (taktika společenského rozptýlení prostřednictvím zaměření pozornosti na náhradní úkoly).

Mladiství, kteří nadměrně hrají obecně vykazují copingové styly, které jsou více zaměřené na emoce, vyhýbání a rozptýlení. S daným tvrzením korespondují i výsledky tohoto výzkumu. Jeho účastníci byly rozděleni do třech skupin: (1) jedinci, kteří nehrají, (2) příležitostní hráči a (3) problémoví hráči. Nejprve byly zkoumány negativní životní události u jednotlivých skupin, přičemž dívky obecně vykazovaly větší množství těchto událostí než chlapci. Stejně tak problémoví hráči uváděli více negativních životních událostí než ostatní skupiny. Co se týče jednotlivých strategií, výzkum ukázal, že problémoví hráči využívají méně těch, které jsou zaměřené na problém a více vyhýbavých strategií. U emočně orientovaných strategií je vzorec poněkud odlišný. Zde se ukázalo, že jsou více využívány chlapci než dívkami, avšak pouze ve skupinách příležitostných a problémových hráčů. U mladistvých, kteří nehrají, se žádné odlišnosti neprojeví. Emočně zaměřené zvládání stresu bylo jediné, u kterého se projevila významná souvislost s negativními životními zkušenostmi a také se intenzitou hraní. Lze tedy říci, že frekvence negativních životních událostí je pozitivně spojena s emočně zaměřeným copingem a ten je pozitivně spojen se závažností hraní. Problémoví hráči tedy vykazovali více negativních životních událostí a více stresorů. Chlapci z této skupiny vykazovali emoční reakce jako je vztek, frustrace nebo úzkost, když čelili nepřízní osudu. U dívek se však neukázalo větší využití emočně zaměřených strategií. Pravděpodobně mají větší tendenci držet své negativní emoce uvnitř, což vede ke zvnitřnění potíží. Chlapci naopak spíše směřují své emoce ven, a ty se pak projevují prostřednictvím problémů, jako je gambling či užívání návykových látek. Ačkoliv jsou copingové strategie v zásadě „navrženy“ k tomu, aby jedinec jejich prostřednictvím zvládl nepřízeň osudu, jednotlivá zjištění poukazují na fakt, že emočně zaměřené strategie mohou ve skutečnosti spíše podpořit vysoce rizikové chování, jako je například hazardní hraní. Jedinci, kteří vykazují rovnováhu ve využívání různých způsobů zvládání stresu,

jsou považováni za méně ohrožené rozvojem závislostního chování a jsou tak lépe vybaveni, aby zvládli ochránit a podpořit své psychické zdraví.

Psychologickým stresem a jeho vlivem na nutkání ke hraní se zabývali také autoři Elman, Tschibelu a Borsook (2009), kteří si zvolili soubor třiceti pěti jedinců, z nichž dvě třetiny splňovali diagnostická kritéria patologického hráčství (dle DSM-IV) a jedna třetina neměla s hraním žádné problémy. Výsledky ukázaly (v souladu s některými výše uvedenými studiemi), že patologičtí hráči zažívali denně více stresujících událostí, než kontrolní „zdravá“ skupina. Jako nástroj výzkumu využili autoři inventář DSI (Daily Stress Inventory), přičemž se ukázalo, že patologičtí hráči skórovali výše téměř ve všech DSI parametrech, v porovnání s kontrolní skupinou. Tyto parametry jsou rozděleny na kognitivní stresory, interpersonální problémy, osobní kompetence, potíže týkající se prostředí (okolí) a další různé stresory. Největší rozdíl mezi hráči a kontrolní skupinou byl patrný v rovině interpersonálních problémů. Patologičtí hráči rovněž zažívali větší množství každodenních stresujících událostí než zdraví jedinci. Bylo prokázáno, že ačkoliv hráči neměli přidruženou žádnou další psychiatrickou diagnózu, objevily se u nich vyšší hladiny stresu a častější negativní emoční stavy. Nicméně pouze subjektivně vnímaná závažnost a množství každodenních stresorů, tak jak byly naměřené pomocí DSI, byly prokazatelně spojené s nutkáním ke hraní. Nemožnost nalezení významného vztahu mezi nutkáním a dalšími parametry stresu poukazuje na skutečnost, že každodenní stresující události a jejich subjektivní posouzení mohou hrát důležitou roli v procesu porušení abstinence u patologických hráčů, spíše než jiné vnitřní emocionální stavy. Získaná data rovněž dokazují, že kolísání každodenního stresu částečně určuje nutkání ke hraní. Nicméně toto zjištění se dá interpretovat také tím způsobem, že osoby s větším nutkáním ke hraní doopravdy hrají, prohrávají peníze a v důsledku tohoto prohrávání se u nich zvyšuje stresová zátěž.

Snahu hráčů uniknout od každodenních problémů popisují také Wood a Griffiths (2007), kteří se zaměřují přímo na copingovou strategii nazývanou vyhýbání – útěk. V úvodu odkazují na dřívější práce, které zmiňují, že řada lidí příležitostně využívá různé látky a/nebo aktivity k tomu, aby kontrolovali svou náladu. Jedná se například o alkohol, tabák, kávu, sport, nakupování, čokoládu apod. Patologičtí hráči se v tomto smyslu mohou spoléhat na hraní, které udrží požadovanou náladu neboli úroveň vzrušení. Hráči zvládají stresující situace prostřednictvím hraní tím způsobem, že pozmění úroveň vzrušení až do bodu, kdy mohou uniknout od svých každodenních životů a/nebo problémů. Používají hraní jak k tomu, aby snížili vzrušení a navodili relaxaci, tak k tomu, aby zvýšili úroveň vzrušení a vyvolali stimulaci. S touto teorií souzní také výsledky Wooda a Griffithse (2007). Ti uvádějí, že pro některé hráče je snaha o změnu nálady (rozpojení) hlavní motivací pro hraní. Naopak pro jiné se jedná o snahu zvládnout psychologické či psychosociální problémy, zaplnit prázdnotu nebo se vyhnout problémům. Někteří hráči využívali

gambling ke zvýšení vzrušení až do bodu, kdy zažívali psychologické „high“ (vrchol, maximum), které může být prožíváno buď jako stimulující nebo relaxační. Tyto dva odlišné stavy jsou ve skutečnosti dvě strany téže mince. Vrcholný stav může být vnímán jako relaxační z toho důvodu, že vyplňuje čas a člověk se tím vyhýbá nudě nebo přesune svou pozornost ze životních problémů či problémů vzniklých na základě hraní (dluhy, sociální konflikty). V tomto případě „high“ poskytuje úlevu od nepříjemného stavu, který vyvstal z nepříjemné reality a pomáhá blokovat negativní myšlenky. Hraní se stává fantazií, která funguje na dvou úrovních: (1) hráč věří, že hraní mu poskytne řešení jeho vzrůstajících finančních těžkostí a (2) představa výhry a bytí vítězem ho dále motivuje, aby pokračoval ve hraní. Pro mnoho hráčů je herna jejich jediným sociálním prostředím a snaží se tak zaplnit díru ve svém životě. Usilují o to, získat nějaký druh pozornosti a respektu tím, že budou úspěšnými hráči. Je pro ně obtížné se otevřít a mluvit s ostatními o svých těžkostech, a proto raději unikají do světa her a fantazie. Mnoho hráčů rovněž uvedlo, že hráli o to intenzivněji, pokud očekávali nějaký problém, konflikt nebo stres. avšak častější hraní vytvářelo více těchto situací a problémů, se kterými je třeba se vypořádat. Hráči proto často nevidí jiné logické východisko ze své situace než dále hrát.

Z odborné literatury i předchozích výzkumů vyplývá, že ačkoliv se lidé snaží prostřednictvím hraní uniknout od negativních emočních stavů spojených se zátěžovými situacemi, vystavují se tím ještě většímu stresu, který je jedním ze symptomů gamblingu. Hlavní zátěží pro jedince je zpravidla zvýšený psychologický stres (krize, tíseň), ale také to mohou být komorbidní psychické poruchy, nízké sebevědomí, narušené vztahy s blízkými, rodinou a přáteli a v neposlední řadě také vysoké dluhy. Slecčka a kol. (2016) nahlíží na problematiku patologického hráčství z trochu jiného pohledu než předchozí studie, a zabývá se tzv. proaktivním copingem. Proaktivní coping nahlíží na jedince jako na vnitřně motivovaného a na budoucnost orientovaného aktéra, schopného předcházet stresu a (když se stres objeví) dosáhnout růstu tím, že se mu postaví. Tento typ copingu je zobrazován skrze aktivní jednání zaměřené na budování zdrojů, které podporují dosahování cílů. Zdroji je v tomto případě myšleno stanovení cíle, jeho dosažení, hledání sociální podpory, strategické plánování apod. Dostatečně rozvinutý proaktivní coping může být protektivním faktorem v rozvoji patologického hráčství. Může snižovat riziko jeho rozvoje skrze zaměření na cíl, aktivní předcházení stresu a osvojení si adaptačních reakcí na stres. Preventivní je rovněž role sociální opory, která zahrnuje morální vedení a poskytování alternativních aktivit. Může tak usnadnit rozpoznání prvních známek gamblingu. Výsledky této studie ukázaly, že závažné patologické hráčství bylo spojeno s nižší úrovní proaktivního copingu. Jedinci, kteří mají problémy s hraním, mají nižší tendenci předcházet výskytu stresujících událostí, nebo minimalizovat negativní dopad, který tyto události mohou mít. Autoři však zmiňují dvousečnost proaktivního zvládnání.

Na jedné straně lze díky němu předcházet hazardnímu hraní tím způsobem, že odstraní spouštěč, kterým jsou stresové situace. Na druhou stranu však hazardní hraní, jakožto chování, které vede ke stresujícím situacím, se může stát subjektem preventivního copingu. V obou případech však tento typ zvládání působí proti nadměrnému zapojení do gamblingu, i když pokaždé jiným způsobem. V prvním případě předcházením negativním důsledkům jiného chování, předchází rovněž stresu, který může vést ke hraní. Ve druhém případě, pokud jedinec cítí potřebu hrát, může proaktivní coping usnadnit uvědomění si negativních důsledků tohoto chování a vést k omezení sázek nebo redukci hraní jako takového. Výsledky totiž ukazují, že problémoví a patologičtí hráči mají tendenci jednat ukvapeně ve stresových situacích a méně často se snaží těmto situacím předcházet. Proto by trénink v proaktivním copingu a poskytování kognitivních nástrojů k eliminaci ukvapených reakcí mohl být velmi přínosný a zároveň by mohl aktivovat sociální podporu, která má rovněž protektivní efekt.

Ačkoliv předchozí výzkumy zdůrazňovaly spíše negativní vliv emočně zaměřeného zvládání, autoři Jauregui, Onaindia a Estévez (2017) poukazují na skutečnost, že maladaptivní forma na problém zaměřeného copingu je rovněž spojena s patologickým hráčstvím. Nástrojem této studie byl inventář CSI (Coping Strategies Inventory), prostřednictvím kterého byly strategie zvládání stresu rozděleny do sedmi následujících kategorií:

- Řešení problému – strategie, které se snaží minimalizovat stres pozměněním situace, která ho způsobuje;
- kognitivní restrukturalizace – strategie modifikující význam stresující události;
- sociální podpora – taktiky zaměřené na hledání emoční podpory;
- citové vyjádření – snaha vyjádřit emoce, které vyvstanou v průběhu stresujících událostí;
- vyhýbání se problémům – způsob zvládání zahrnující popření a vyhýbání se myšlenkám a činům, které souvisí se stresujícím zážitkem;
- toužebné myšlení (z angl. wishful thinking) – kognitivní strategie týkající se touhy po realitě beze stresu;
- sociální odloučení – distancování se od určitých lidí, které má jedinec spojené s emoční reakcí na stresující událost;
- sebekritika – do této kategorie patří sebeobviňování a sebekritika týkající se jak situace samotné, tak i způsobu, jak se s ní jedinec vyrovnal.

V dalším kroku byly tyto strategie rozděleny do dvou hlavních skupin, a to na pozitivní a negativní. Pozitivní způsoby zahrnovaly první čtyři výše uvedené body, tedy strategie, pomocí

kterých se jedinec snaží aktivně řešit nastalou situaci. Negativní strategie poté pojímají body pět až osm, které odkazují na pasivní a maladaptivní způsoby zvládání. Dle výsledků této studie dosahovali patologičtí hráči vyšších výsledků ve všech negativních strategiích, zejména pak v oblasti vyhýbání, toužebného myšlení a sebekritiky. Jedinci, kteří skórovali vysoko v dotazníku zaměřeném na patologické hráčství („South Oaks Gambling Screen“), měli rovněž vysoké skóre v kategorii toužebného myšlení. Lidé se sklonem k závislosti obecně vykazovali vyšší míru toužebných fantazií, ve kterých nacházeli úlevu od nepříjemných událostí. Toužebné myšlení odkazuje k přání změnit stresující situace, avšak jedná se o maladaptivní formu copingu zaměřeného na řešení problému, jelikož se jde spíše o únik do fantazie než o opravdovou snahu něco změnit. Rovněž může být spojeno se snahou získat zpět (znovu vyhrát) prohrané peníze (z angl. chasing losses). Tato skutečnost koresponduje se zjištěním, že pocity viny a studu ohledně prohry zvyšují intenzitu hraní. V neposlední řadě tento výzkum poukazuje na fakt, že hráči, kteří více využívají strategie zaměřené na řešení problému a na hledání sociální opory, mají příznivější přístup směrem k léčbě.

Ačkoliv výše uvedené výzkumy byly prováděny na různých souborech, veskrze všechny shodně naznačují, že patologičtí hráči mají větší tendenci zapojovat do zvládání stresu spíše emočně orientované strategie a vyhýbání. Snaží se tímto chováním „zablokovat“ okolní realitu, uniknout do světa fantazie a vyhnout se tak nutnosti vypořádat se s negativní a stresující událostí. Nicméně toto jednání je dostává do „začarovaného kruhu“, ve kterém se snaží prostřednictvím hraní uniknout od nepříjemných pocitů, avšak to v nich zpětně tyto pocity vyvolává. Aktivní přístup k řešení problémů, a také snaha o jejich předcházení, by mohly pomoci hráčům z tohoto cyklu vystoupit.

5. Design výzkumu

5.1 Výzkumné cíle

Cílem výzkumné části této práce je zmapovat, jak patologičtí hráči v ambulantní léčbě zvládají zátěžové situace. Konkrétně se jedná o pacienty adiktologické ambulance provozované v rámci Kliniky adiktologie, kteří navštěvovali tuto službu v období od ledna do června 2017. Prostřednictvím několika dotazníků byly zjištěny demografické údaje, míra závažnosti hazardního hraní, soudržnost osobnosti v zátěžových situacích a využití konkrétních strategií zvládnání stresu. Pro účely tohoto výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jak zvládají ambulantně léčení patologičtí hráči zátěžové situace?
2. Jaké konkrétní strategie zvládnání stresu využívají?
3. Jakým způsobem se tyto vzorce liší od průměrných hodnot obecné populace?

5.2 Metody získávání dat

Hlavní myšlenkou tohoto výzkumu bylo zjistit, zda se způsoby, jakým patologičtí hráči zvládají stresové situace, liší od způsobů uplatňovaných obecnou populací. Podnětem pro tento výzkum byla řada zahraničních studií, poukazujících na skutečnost, že patologičtí hráči spíše tíhnou k vyhublému chování a emočním reakcím. Na základě analýzy dostupné literatury byl objeven pouze jeden podobný výzkum, prováděný na území České republiky, který by byl takto koncipovaný. Školotíková (2016) realizovala výzkum s obdobnými nástroji (dotazník SVF78) na vzorku patologických hráčů v ústavní léčbě. Pokud by se v rámci níže uvedeného výzkumu potvrdilo, že patologičtí hráči nadměrně používají negativní strategie zvládnání a na zátěžovou situaci reagují spíše rezignací a únikem, mohla by tato práce sloužit jako předloha k rozsáhlejšímu výzkumu v této oblasti.

Níže popsáný výzkum by se dal charakterizovat jako výzkum smíšený. Hendl (2016) jej charakterizuje jako: „*obecný přístup, v němž se míchají kvantitativní a kvalitativní metody, techniky nebo paradigmat v rámci jedné studie.*“ Ke zjištění stanovených cílů byla využita metoda dotazníku. Hendl (2017) uvádí, že dotazník je univerzální nástroj, který není vázán na konkrétní typ výzkumu. Je používán k získání informací o pocitech, myšlenkách, postojích a hodnotách respondenta. Tradičně je však spojován spíše s kvantitativním typem výzkumu. Dotazníky byly participantům rozdány v rámci jejich návštěv výše zmíněné adiktologické ambulance. Byly vyplněny za přítomnosti výzkumníka či pracovníka ambulance, na které se mohl dotazovaný obrátit v případě

nejasností. Získané výsledky byly poté doplněny krátkou kazuistikou jednoho z respondentů. Podkladem pro tuto kazuistiku byly výše zmíněné dotazníky a rovněž klientova dokumentace.

5.2.1 Výzkumné nástroje

Prvním dotazníkem, který byl předložen účastníkům výzkumu byl anamnestický dotazník. Ten sloužil pouze k získání demografických údajů a byl pro tento účel vytvořen samotným výzkumníkem.

Dále byl využit dotazník SOGS (viz Příloha č. 3), který je určen pro rychlé zhodnocení problémů spojených s patologickým hráčstvím. Byl vytvořen na základě diagnostických kritérií pro patologické hráčství uvedených v DSM-III. Tato kritéria zahrnují časté a opakující se epizody hráčství, které dominují v životě jedince a vedou k poškození sociálních, pracovních, materiálních a rodinných hodnot. Skládá se ze šestnácti položek a je určen jak pro obecnou populaci, tak i jako podklad pro strukturovaný rozhovor vedený lékařem (Jurystová, 2011).

Na něj navazoval dotazník SOC (z angl. „Sense of Coherence“). Pojem „Sense of Coherence“ vyjadřuje soudržnost celkové životní orientace. Zjednodušeně řečeno ukazuje, do jaké míry má konkrétní jedinec důvěru v to, že události ve vnějším i vnitřním světě jsou předvídatelné, řídí se podle určitých zákonů a existuje vysoká míra pravděpodobnosti, že vše půjde tak, jak se dá rozumně očekávat. Podle autora tohoto dotazníku, jímž je sociolog Aaron Antonovsky, je SOC zárukou soudržnosti lidské osobnosti v zátěžových situacích. Dotazník obsahuje 29 položek, které mapují tři oblasti: srozumitelnost, zvládnutelnost a smysluplnost. Člověk, který by dosáhl vysokého skóre ve všech oblastech, tedy očekává, že podněty se kterými se v budoucnu setká, budou předvídatelné nebo alespoň vysvětlitelné, bude je schopen zvládnout s volností, způsobem jemu vlastním a jeho práce bude okolím pozitivně hodnocena (Koukola, 2000).

Posledním nástrojem byl dotazník SVF78 („Streßverarbeitungsfragebogen“), což je zkrácená verze dotazníku SVF 120, který vypracovali Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová. Slouží ke zjištění konkrétních způsobů reagování na stres v zátěžových situacích. Jak název napovídá, skládá se ze sedmdesáti osmi výpovědí, přičemž dotazovaný zaškrtně vždy jednu z pěti možností, která nejvíce odpovídá jeho reakci v situaci, kdy je něčím (někým) poškozen, vnitřně rozrušen nebo vyveden z míry (viz Příloha č. 5). Možnosti, které lze označit jsou následující: (1) vůbec ne, (2) spíše ne, (3) možná, (4) pravděpodobně, (5) velmi pravděpodobně. Každá z otázek poté spadá do jedné ze třinácti kategorií, které charakterizují konkrétní strategii zvládání stresu. Tyto strategie jsou následující:

1. Podhodnocení – tendence podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s jinými osobami nebo je hodnotit příznivěji;
2. odmítání viny - vyjadřuje, že chybí vlastní odpovědnost za zátěž;
3. odklon – sklon k odvrácení zátěže nebo navození příjemných psychických pocitů, které pomáhají stres zvládnout;
4. náhradní uspokojení – jednání zaměřené na kladné city, které nejsou kompatibilní se stresem (dobré jídlo, „odměna“ ve formě materiální věci apod.);
5. kontrola situace – skládá se ze tří částí: analýza aktuální situace, plánování opatření ke zlepšení a aktivní zásah do situace;
6. kontrola reakcí – snaha nedovolit, aby došlo ke vzrušení, případně je nedát na sobě znát;
7. pozitivní sebeinstrukce – sklon přisuzovat kompetenci sobě a dodávat si odvahu;
8. potřeba sociální opory – tendence navazovat při stresu kontakt s druhými, za účelem získání podpory při zpracování či řešení problému;
9. vyhýbání se – zachycuje sklon vyhnout se zátěži a záměr zamezit další konfrontaci s podobnou situací;
10. úniková tendence – rezignační tendence vyváznout ze zátěžové situace;
11. perseverace – prodloužené přemítání a neschopnost se myšlenkově odpoutat od prožívaných zátěží;
12. rezignace – zahrnuje pocity bezmoci a beznaděje ve vztahu k určité situaci a vlastním schopnostem ji zvládnout;
13. sebeobviňování – sklon ke sklíčenosti a přisuzování chyb vlastnímu jednání (Janke&Erdmannová, 2003).

6. Výzkumný soubor

Základní soubor tvoří problémoví hráči, tedy jedinci, kteří mají problémy s kontrolou hráčského chování. Konkrétně jsou tyto problémy charakterizované vysokou intenzitou hraní, epizodickým charakterem a také vysokými finančními částkami, které hráči do hry vkládají. Z průzkumů, uvedených ve Výroční zprávě o hazardním hraní v České republice vyplývá, že v této kategorii se nachází zhruba 130-200 000 dospělých osob. Přibližně polovinu z nich tvoří patologičtí hráči, tedy jedinci s diagnózou F63.0 (dle MKN-10). Průměrný věk patologických hráčů v léčbě byl 35,2 let a pouze 19 % z nich bylo před nástupem do léčby nezaměstnaných. Více než třetina pracovala v rizikových profesích, jako je pohostinství, vrcholový sport, hazardní průmysl, řidič dálkové dopravy apod. Nejčastějším typem hazardní hry, zodpovědné za problémy, byly technické hry. Online hry včetně kurzových sázek uvedlo pouze 14 % respondentů. K rozvoji hazardního hraní nejvíce přispěla vysoká pravděpodobnost velkých výher a jejich snadné vyplácení. Ačkoliv roste počet patologických hráčů mezi klienty adiktologických služeb, je stále nedostatek programů, které se přímo specializují na práci s touto klientelou. Jednou z překážek může být také skutečnost, že se tyto služby zaměřují především na práci s uživateli nelegálních látek, se kterými patologičtí hráči nechtějí být spojováni (Mravčík et al., 2016).

Výběrový soubor byl získán metodou záměrného (někdy také účelového) výběru přes instituce. Miovský (2006) jej definuje takto: „*Záměrný výběr přes instituce je metodou, kdy využíváme určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá.*“ Zároveň však zmiňuje, že tento typ výběru může být omezující z toho důvodu, že lidé kolem konkrétní instituce mohou představovat pouze malou část spektra osob z dané cílové skupiny. V rámci tohoto výzkumu byli vybráni všichni patologičtí hráči, kteří navštěvovali adiktologickou ambulanci, provozovanou pod záštitou Kliniky adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, v období od ledna do června 2017. Konkrétně se jedná o sedm respondentů, tedy šest mužů a jednu ženu. Pro účely tohoto výzkumu zahrnuje pojem „patologičtí hráči“ všechny jedince, které jejich problémy s hraním přiměli vyhledat odbornou pomoc ve výše zmíněné ambulanci, přičemž nezáleží na tom, zda jim byla stanovena diagnóza F63.0 (tj. patologické hráčství), nebo zda měli více diagnóz. Ke zhodnocení rozsahu problémů spojených s patologickým hráčstvím byl použit dotazník SOGS („South Oaks Gambling Screen“).

Prostřednictvím anamnestického dotazníku (viz Příloha č. 2) byly získány demografické údaje, které jsou podrobně zpracovány v tabulkách níže. Naprostou většinu respondentů tvořili muži (85,71 %), žena byla ve výzkumném souboru pouze jedna (14,29 %). Věkový průměr všech respondentů je 30,57 let, přičemž pouze mužský průměr je 32,33 let (viz Tabulka 2). Celých 85,71 %

respondentů uvedlo jako svůj rodinný stav svobodný/á, pouze jeden respondent uvedl, že je rozvedený (14,29 %).

Tabulka 2. Pohlaví, věk a rodinný stav

Respondent	Pohlaví	Věk	Stav
1	Muž	31	Svobodný
2	Muž	34	Svobodný
3	Muž	43	Rozvedený
4	Muž	23	Svobodný
5	Muž	28	Svobodný
6	Muž	35	Svobodný
7	Žena	20	Svobodná

Co se týče vzdělání a zaměstnání je podrobně popsáno v tabulce 3. Největší podíl respondentů dosáhl středoškolského vzdělání s maturitou (57,14 %), poté následovalo vzdělání vysokoškolské (28,57 %). Pět dotazovaných ze sedmi (71,43 %) bylo zaměstnáno, pouze dva respondenti (28,57 %) uvedli, že studují a přivydělávají si prostřednictvím příležitostných brigád. Výroční zpráva o hazardním hraní z roku 2015 uvádí několik typů zaměstnání, které jsou spojovány s vyšším rizikem patologického hráčství. Patří mezi ně práce v pohostinství, v hazardním průmyslu, profesionální sport, řidič dálkové dopravy či práce v ozbrojených složkách (Mravčík et al. 2016). Z tohoto výzkumného souboru pracoval pouze jeden respondent v potencionálně rizikovém zaměstnání, a to jako barman.

Tabulka 3. Vzdělání a zaměstnání

Respondent	Dokončené vzdělání	Ekonomická aktivita	Zaměstnání
1	SŠ s maturitou	Zaměstnaný, OSVČ	Operátor call centra
2	VŠ	Zaměstnaný	Technolog sváření
3	SŠ bez maturity	Zaměstnaný	Učitel SOŠ
4	SŠ s maturitou	Student, brigáda	-
5	SŠ s maturitou	Zaměstnaný	Barman
6	VŠ	Zaměstnaný, brigáda	Technik-strojírenství
7	SŠ s maturitou	Studentka	-

Dále se anamnestický dotazník zaměřoval na vzorce hraní. Průměrná délka herní kariéry činila 6,89 let, přičemž nejkratší doba byla 2 roky a nejdelší 19 let (viz Tabulka 4). Celkem 28,57 % respondentů uvedlo, že za posledních 12 měsíců hráli šestkrát a vícekrát týdně. Shodný počet dotazovaných (28,57 %) uvedlo nejnižší možnou frekvenci, tedy jedenkrát týdně. Obvyklý čas strávený hraním, v obvyklý den, kdy jedinec hrál, se pohyboval od 0 do 12 hodin. V průměru tedy respondenti hráli zpravidla 3,78 hodin.

Tabulka 4. Vzorce hraní

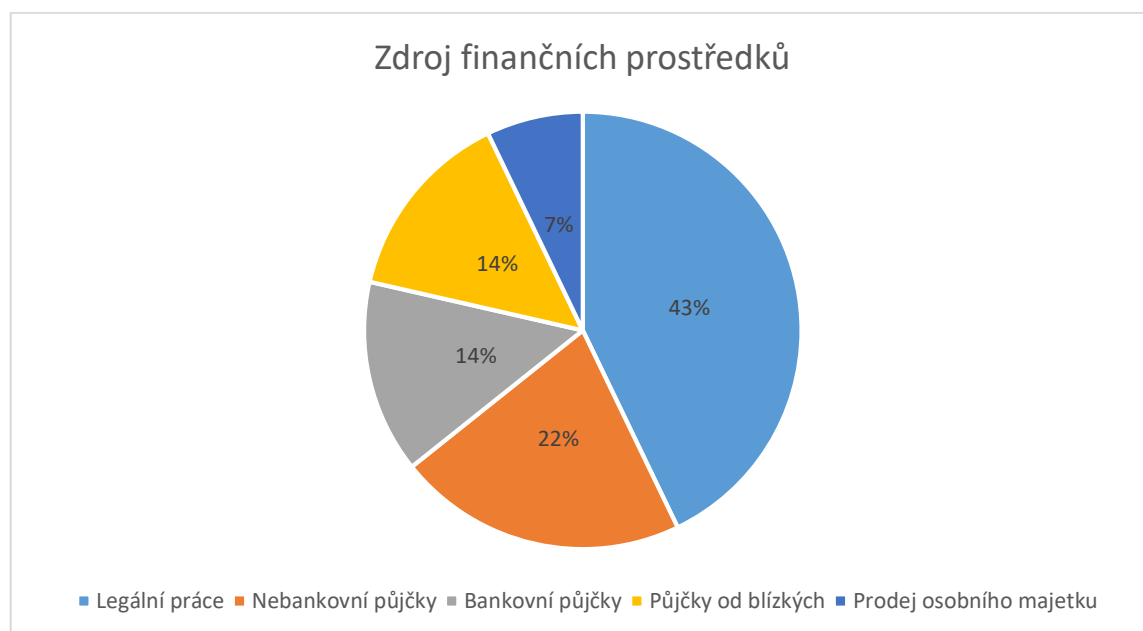
Respondent	Celková délka herní kariéry	Četnost hraní za posledních 12 měsíců	Délka hraní v typický herní den
1	2 roky a 3 měsíce	6krát a vícekrát týdně	2 hodiny
2	10 let	1krát za měsíc či méně	3 hodiny
3	10-12 let	2 - 3krát týdně	2-3 hodiny
4	neuvedeno	neuvedeno	12 hodin
5	19 let	4 - 5krát týdně	5 hodin
6	10 let	6krát a vícekrát týdně	2 hodiny
7	2 roky	1krát za měsíc či méně	0 hodin

Následující tabulka popisuje finanční důsledky hazardního hraní (viz Tabulka 5). Jedna z položek dotazníku se zaměřovala na to, jak často hráč prosázel více peněz, než měl původně v úmyslu. Stejný počet respondentů (42,86 %) odpověděl na tuto otázku „téměř vždy“ a „celkem často“. Zadlužení v důsledku hraní uvedlo 5 dotazovaných (71,43 %), přičemž 60 % z nich má dluhy vyšší než 500 000 korun českých. Zdrojem finančních prostředků na hraní byla nejčastěji legální práce (43 %). Druhým nejčastěji uváděným zdrojem byly nebankovní půjčky (Provident, Home Credit apod.), následované půjčkami bankovními (14 %). Stejně procento respondentů uvedlo půjčky od rodiny či blízkých a pouze jeden respondent (7 %) využil jako zdroj příjmu prodej majetku (viz Graf 1). Tyto výsledky se shodují se studií Patologičtí hráči v léčbě z roku 2015, která uvádí legální práci na prvním místě ve zdroji příjmů. Odlišnost lze najít u půjček, jelikož dle výše zmíněné studie jsou na druhém místě půjčky bankovní, následované těmi nebankovními. Varianty práce na černo a kriminální činnost, které ve studii Patologičtí hráči v léčbě tvoří 9 a 8 %, neoznačil v našem výzkumu žádný z respondentů (Mravčík et al., 2016).

Tabulka 5. Finanční důsledky

Respondent	Jak často hráč prosázel více než chtěl	Dluhy v důsledku hraní	Odhadovaná výše dluhů
1	Celkem často	Ano	Více než 500 000 Kč
2	Téměř vždy	Ano	100 001 – 250 000 Kč
3	Téměř vždy	Ano	Více než 500 000 Kč
4	-	Ne	-
5	Celkem často	Ano	250 001 – 500 000 Kč
6	Téměř vždy	Ano	Více než 500 000 Kč
7	Celkem často	Ne	-

Graf 1. Zdroje finančních prostředků investovaných do hraní



Poslední otázky dotazníku cílily na zkušenost s léčbou a délku případné abstinence (viz Tabulka 6). U většiny dotázaných (71,43 %) bylo docházení do adiktologické ambulance jejich první léčbou. Čtyři ze sedmi účastníků výzkumu se pokusili abstinovat více než pětkrát. Pokud by se sečetla všechna jednotlivá období abstinence u všech respondentů, jednalo by se o 71 měsíců, což znamená, že průměrná délka abstinence byla u tohoto vzorku zhruba 10 měsíců. Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2015 dává první léčbu do souvislosti s věkem jedince. Jako průměrný věk vyhledání odborné pomoci uvádí 31,8 let (Mravčík et al., 2016). Pokud porovnáme tabulky 1 a 5, zjistíme, že průměrný věk těch respondentů, jejichž léčba v adiktologické

ambulanci byla první léčbou, je 34 let. Tento výsledek se tedy mírně liší od údajů výše zmíněné výroční zprávy.

Tabulka 6. Léčba a období abstinence

Respondent	První léčba ano/ne	Kolikrát se pokoušel abstinovat	Délka abstinence (součet všech období)
1	Ano	1krát	2 měsíce
2	Ano	4 - 5krát	3 roky
3	Ano	Nesčetněkrát	1 rok
4	Ne	Více než 10krát	1 měsíc
5	Ano	3krát	8 měsíců
6	Ano	5krát	3 měsíce
7	Ne	1krát	9 měsíců

6.1 Etické aspekty výzkumu

Účastníkům výzkumu byly předkládány dotazníky v rámci jejich návštěvy adiktologické ambulance. Z tohoto důvodu nebylo možné zajistit jejich naprostou anonymitu. Proto bylo zcela na jejich vlastním uvážení, zda se chtějí výzkumu zúčastnit, či nikoliv. V případě účasti ve výzkumu jim byl předložen informovaný souhlas (viz Příloha č. 1), který byl poté pracovníky ambulance založen do jejich dokumentace. Samotný výzkumník tedy neznal jméno účastníka, ani žádné další informace, vyjma těch, které jedinec poskytl prostřednictvím dotazníků. Po vyplnění dotazníků byly výsledky přepsány a označeny číslem pro pozdější analýzu. Zpracování údajů již tedy bylo zcela anonymní. Přepisování získaných výsledků probíhalo přímo v prostředí ambulance a vyplněné dotazníky se poté staly součástí dokumentace pacienta. Tím bylo zabráněno případnému úniku informací. Výjimku tvoří pouze informace sloužící pro zpracování kazuistiky, které byly získány z dokumentace konkrétního klienta. Ten byl zpětně identifikován ve spolupráci s pracovníky ambulance a ve zmíněné kazuistice bylo změněno jeho jméno a případné další informace, které by mohly sloužit k jeho rozpoznání. Samotný výzkumník je vázán povinnou mlčenlivostí, která se vztahuje k výkonu profese adiktologa. Z důvodů výše uvedených se domnívám, že osobní údaje a soukromí respondentů byly dostatečně ochráněny. Celý výzkum byl rovněž před jeho zahájením schválen Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

7. Metody analýzy dat

Data získaná prostřednictvím jednotlivých dotazníků byla nejprve přepsána do programu Microsoft Excel, přičemž každému z účastníků bylo přiřazeno pořadové číslo. Jako první byl vyhodnocen dotazník SOGS, který slouží ke zhodnocení závažnosti hazardního hraní, a který určil, zda dotazovaný bude zařazen do výzkumu. Poté byly vyhodnoceny zbývající dotazníky dle záznamových archů a tabulek k tomu určených. Nejprve byla hodnocena data pro každého z účastníků zvlášť a poté byly získané poznatky navzájem porovnány. Na závěr došlo k porovnání s normami pro obecnou populaci, které byly součástí vyhodnocovacího listu či sešitu příslušejícímu k danému dotazníku.

7.3 Předpokládané výstupy

Na základě analýzy předchozích studií (viz kapitola 4) je předpokládáno, že výsledky tohoto výzkumu budou obdobné. Očekávány jsou výstupy ve smyslu nadměrného využívání strategií souvisejících s vyhýbáním se problému a nedostatečné zapojení na problém zaměřených copingových strategií. Rovněž by se mohlo projevit nadměrné užití emočně zaměřených způsobů zvládání, než je běžné u obecné populace.

7.4 Praktický průběh realizace

Jednotliví účastníci byli oslovováni v rámci jejich návštěvy adiktologické ambulance. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná. V případě zájmu dostali participant nejprve písemné informace o výzkumu a poté jim byl předložen informovaný souhlas ve dvou stejnopisech. Jedna kopie zůstala účastníkovi a druhá byla založena do jeho dokumentace společně s vyplněnými dotazníky. Poté byly respondentům předloženy jednotlivé dotazníky v pořadí: anamnestický dotazník, SOGS, SOC a SVF78. Čas na jejich vyplnění nebyl nijak omezen a dotazovaný se mohl v případě nejasností zeptat výzkumníka. Průměrný čas vyplnění všech dotazníků se pohyboval kolem 45 minut. Výzkumníkovi byla totožnost respondenta utajena, znal ji pouze pracovník ambulance, který zpracované dotazníky založil do dokumentace pacienta. Za účelem zpracování výsledků byli účastníci označeni čísly a získané údaje byly přepsány do programu Microsoft Excel. Zpracování výsledků tedy probíhalo zcela anonymně. Následně byla data zpracována, doplněna statistickými údaji získanými od vedení ambulance a krátkou kazuistikou jednoho z pacientů, která byla zpracována na základě údajů

z dotazníků a z dokumentace. Praktická realizace výzkumu probíhala v období od ledna do června 2017. Před započítím byl výzkum schválen Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

8. Statistické údaje

Výzkum, který je základem této práce, byl realizován v adiktologické ambulanci, jež je provozována v rámci Kliniky adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Tato ambulance slouží jako místo prvního kontaktu pacienta se službami kliniky a zároveň poskytuje diagnostickou, preventivní, poradenskou a edukativní péči. Mezi pacienty patří nejen uživatelé návykových látek, ale také osoby s nelátkovými závislostmi, jako je patologické hráčství či nadměrné používání internetu. Léčba je určena pro jedince v každém věku a jejich rodinné příslušníky. Kromě seznámení s možnostmi léčby poskytuje ambulance především včasnou diagnostiku, vstupní psychiatrické zhodnocení, krátkodobou individuální terapii, motivační terapii a mnoho dalších služeb (Šťastná, 2013).

V období od ledna do května 2017 bylo klientům ve výše zmíněné ambulanci uděleno celkem 341 diagnóz. Nejčastější diagnóza byla F10.2 (dle MKN-10), tedy poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, syndrom závislosti (viz Tabulka 7). Konkrétně byla tato diagnóza přidělena 53 pacientům, přičemž 15 z nich bylo ženského pohlaví a 38 mužského pohlaví. V níže uvedené tabulce, která znázorňuje nejčastější diagnózy za dané období seřazené sestupně, si můžeme všimnout, že na druhém místě se nachází patologické hráčství (F63.0). Konkrétně se jedná o 51 osob, mezi nimiž dominují muži (46). Naopak žen bylo mezi patologickými hráči pouze 5. Výrazné zastoupení má rovněž škodlivé užívání alkoholu (F10.1) a také poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů, syndrom závislosti (F12.2). Kromě závislostních poruch se v přehledu objevují také poruchy přizpůsobení (F43.2), smíšená úzkostná a depresivní porucha (F41.2) či středně těžká periodická depresivní porucha (F33.1). To poukazuje na fakt, že užívání návykových látek může jít často „ruku v ruce“ například s neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami. Pokud se zaměříme na pohlaví, největší rozdíl v počtu mužů a žen s danou diagnózou je právě u patologického hráčství. Zde výrazně dominují muži. Podobný vzorec, avšak v menším měřítku, můžeme pozorovat u diagnóz F10.2 a F10.1. Celkově bylo žen o 56,32 % méně než mužů.

Věkové složení pacientů je velmi různorodé (viz Tabulka 8). To je dáno skutečností, že k adiktologické ambulanci patří i dětská ambulance. Z toho důvodu je nejnížší věk v mužské skupině sedm let. U žen je tato hranice o něco vyšší, přičemž nejmladší pacientce bylo třináct let. Horní hranice je téměř totožná, tedy přibližně 75 let. Průměrný věk mužů je 36 let a je tak o dva roky nižší než průměrný věk žen.

Tabulka 7. Přehled nejčastějších diagnóz a jejich počet u pacientů adiktologické ambulance

Diagnóza	Ženy	Muži	Celkem
F10.2 (Syndrom závislosti na alkoholu)	15	38	53
F63.0 (Patologické hráčství)	5	46	51
F10.1 (Škodlivé užívání alkoholu)	18	29	47
F12.2 (Syndrom závislosti na kanabinoidech)	7	16	23
F19.2 (Syndrom závislosti na více psychoaktivních látkách)	6	16	22
F43.2 (Poruchy přizpůsobení)	8	9	17
F11.2 (Syndrom závislosti na opioidech)	3	10	13
F41.2 (Smíšená úzkostná a depresivní porucha)	8	4	12
F15.2 (Syndrom závislosti na stimulantech)	4	7	11
F33.1 (Periodická depresivní porucha – středně těžká)	6	5	11
F15.1 (Škodlivé užívání stimulantů)	1	7	8
F19.1 (Škodlivé užívání více psychoaktivních látek)	3	3	6
F99 (Duševní porucha, jinak neurčená)	3	3	6
F12.1 (Škodlivé užívání kanabinoidů)	2	3	5
F90.1 (Hyperkinetická porucha chování)	0	5	5
F33.4 (Periodická depresivní porucha, v remisi)	3	2	5

Tabulka 8. Věkový průměr všech pacientů adiktologické ambulance v období od ledna do května 2017

Pohlaví	Průměrný věk	Medián	Nejnižší věk	Nejvyšší věk
Ženy	38,30	39,0	13	74
Muži	36,36	35,5	7	75

Pokud se zaměříme na počet diagnóz u jednotlivých pacientů (viz Tabulka 9), lze pozorovat, že pouze jedinou diagnózu má 183 pacientů, tedy nadpoloviční část. Mezi nejčastější další diagnózy patří s velkým náskokem smíšená úzkostná a depresivní porucha (F41.2), kterou trpí devět žen a patnáct mužů. Následují ji porucha aktivity a pozornosti (F90.0) a škodlivé užívání alkoholu (F10.1). Dalšími častými přidruženými diagnózami jsou syndrom závislosti na stimulancích (F15.2), středně těžká depresivní fáze a nesocializovaná duševní porucha. Nelze si tedy nevšimnout, že nejen závislosti na různých návykových látkách se často vyskytují společně, ale jsou rovněž silně provázané například s depresemi či poruchami chování.

Tabulka 9. Druhy a počet nejčastějších vedlejších diagnóz u pacientů adiktologické ambulance

Vedlejší diagnóza	Ženy	Muži	Celkem
F41.2 (smíšená úzkostná a depresivní porucha)	9	15	24
F90.0 (Porucha aktivity a pozornosti)	0	9	9
F10.1 (Škodlivé užívání alkoholu)	3	6	9
F15.2 (Syndrom závislosti na stimulancích)	5	3	8
F32.1 (Středně těžká depresivní fáze)	4	4	8
F91.1 (Nesocializovaná porucha chování)	1	7	8
F10.2 (Syndrom závislosti na alkoholu)	3	3	6
Pouze jedna diagnóza	55	128	183

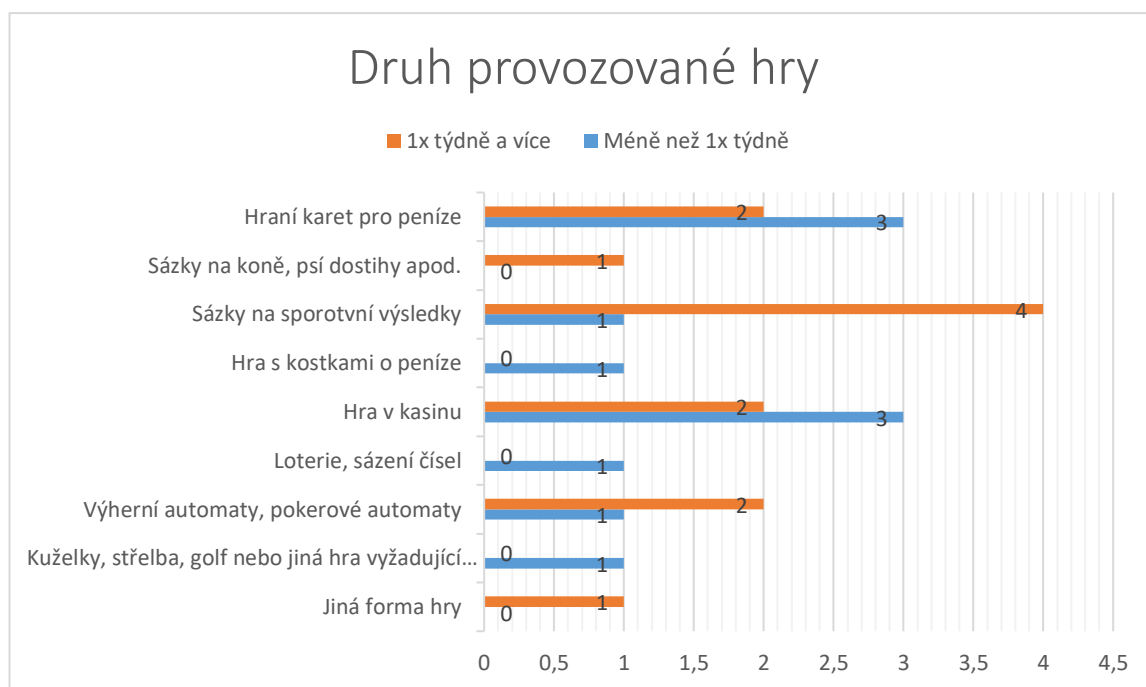
9. Celkové výsledky

9.1 Dotazník South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Jedním z dotazníků, který byl předložen účastníkům výzkumu byl i „South Oaks Gambling Screen“ (viz Příloha č. 3). Tento dotazník je určen pro rychlé zhodnocení problémů, souvisejících s hazardním hraním. Počet získaných bodů naznačuje závažnost problému, přičemž jsou rozlišovány tři stupně. Žádný získaný bod znamená žádné obtíže, jeden až čtyři body již naznačují určitý problém a pět či více bodů poukazuje na pravděpodobné patologické hráčství. Ne všechny položky dotazníku však podléhají bodování. První tři otázky jsou pouze informační a mapují vzorce hraní.

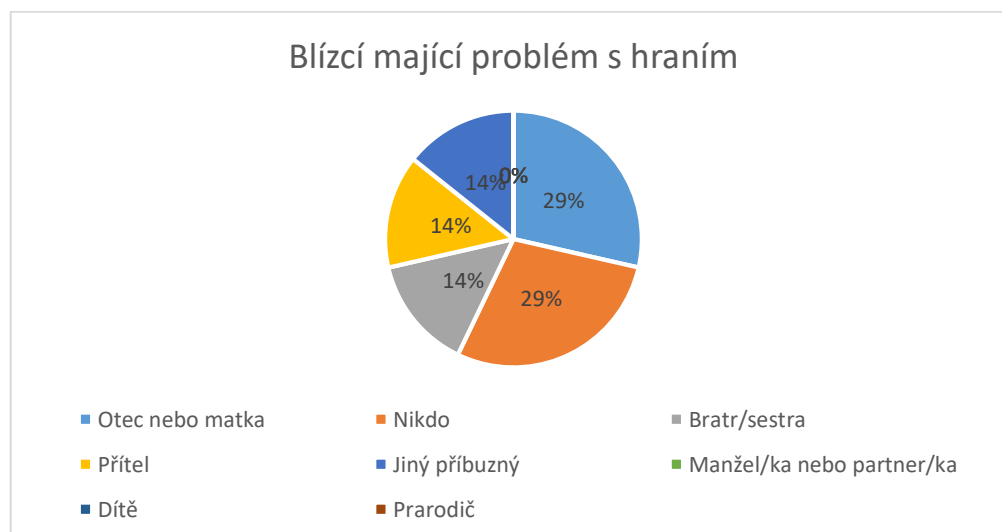
V našem výběrovém souboru se všichni respondenti dostali přes hranici pěti bodů a lze je tedy (dle dotazníku SOGS) označit za pravděpodobné patologické hráče. První otázka zmiňovaného dotazníku se zaměřovala na druhy hry, které hráč ve svém životě provozoval. Respondenti měli za úkol u každé z uvedených typů hry zvolit jednu z možností, které byly „vůbec“, „méně než 1x týdně“ či „více než 1x týdně“. Z výsledků vyplývá, že nejčastějším typem hazardní hry bylo sázení na sportovní výsledky (viz Graf 2). Čtyři ze sedmi respondentů uvedli, že tuto činnost provozují více než jedenkrát týdně. Co do počtu dotazovaných se na druhém místě objevuje hraní karet pro peníze a hra v kasinu. Tuto možnost zaškrtnuli vždy tři hráči, avšak uvedená četnost byla méně než jedenkrát týdně. Více než jedenkrát týdně hrají karty pro peníze celkem dva účastníci a stejný počet jich hraje také v kasinu. Pokud bychom pominuli četnost hraní daného typu hry, ale soustředili se pouze na počet respondentů, vyšel by nám stejný počet u hry v kasinu, hraní karet i sázek na sportovní výsledky. Jeden z dotazovaných uvedl vyšší četnost u jiného typu hry, než je uvedeno, přičemž ji definoval jako hraní počítačových her. Možnosti typu hraní binga pro peníze a hru na burze či trhu s komoditami neuvedl žádný z respondentů. Tyto výsledky jsou poněkud odlišné od studií uvedených ve Výroční zprávě o hazardním hraní v České republice v roce 2015, podle kterých jsou nejčastějším typem hry technické hry (výherní hrací přístroje, videoloterijní terminály apod.), jinými slovy výherní automaty. Na druhém místě se poté objevují kurzové sázky. Odlišnosti ve výsledcích jsou pravděpodobně dány rozdíly ve velikosti výběrových souborů a jeho reprezentativnosti.

Graf 2. Druh provozované hry dle počtu respondentů



Dále se dotazník zaměřoval na finanční obnos vložený do hry, konkrétně na největší množství peněz, se kterým jedinec hrál v jednom dni. Pět ze sedmi dotazovaných (71,43 %) hrálo s více než 10 000 a méně než 100 000 Kč, pouze jeden z nich (14,29 %) uvedl částku vyšší než 100 000 Kč. Ostatní možnosti nebyly označeny a jeden z respondentů se zdržel odpovědi úplně. Poslední z otázek mapujících vzorce hraní se zabývala blízkými osobami v životě jedince, kteří měli problém s hazardní hrou (viz Graf 3). Stejný počet respondentů (27,57 %) zvolil možnost „otec či matka“ a „nikdo“. Po jednom z dotazovaných uvedlo bratra či sestru, přítele nebo jiného příbuzného. Žádný z nich neoznačil manžela nebo partnera, dítě ani prarodiče.

Graf 3. Důležití lidé v životě respondenta, kteří mají nebo měli problém s hraním



7.2 Dotazník Sense of Coherence (SOC)

Tento dotazník se sestává z 29 otázek (viz Příloha č. 4), přičemž každá vyjadřuje určité rozpoložení, jak se člověk cítí nebo jedná za různých okolností. Úkolem respondenta je, se dle svého uvážení zařadit někam mezi dvě krajní možnosti (hodnoty 1 a 7), případně ho krajní možnost vystihne. Nerozhodnost značí prostřední možnost, tedy hodnota 4. Každá jednotlivá otázka spadá do jednoho z okruhů: (1) srozumitelnost, (2) zvládnutelnost a (3) smysluplnost. Tyto kategorie odkazují na důvěru jedince v okolní svět, jeho smysluplnost a předvídatelnost, ale i na víru ve vlastní schopnosti zvládnout nesnáze.

V tabulce 10 jsou uvedeny výsledky jednotlivých respondentů, rozdělené dle sledovaných kategorií. Rovněž je do tohoto přehledu zahrnut věk a pohlaví dotazovaných, jelikož obojí hraje roli při porovnávání výsledků s orientačními normami pro obecnou populaci (viz Obrázek 2). Na tomto obrázku jsou žlutě vyznačené věkové kategorie, které jsou důležité pro daný výběrový soubor. Pokud se zaměříme na celkové skóre u mužů ve věkové kategorii 31 až 40 let, kterých je nejvíce, vidíme, že výsledky jsou dosti rozdílné. Respondent 1 se pohybuje o jednu směrodatnou odchylku směrem pod průměrem běžné populace, zatímco respondent 6 se naopak odchyluje o více než jednu a půl směrodatné odchylky nad průměrem. Respondent 2 se od norem výrazněji neodchyluje. Ve věkové skupině 21 až 30 let se od průměru odlišuje respondent 4 a to o jednu směrodatnou odchylku nad normou, zatímco výsledky respondenta 5 jsou téměř o jednu a půl směrodatné odchylky pod průměrem obecné populace. Výraznější odchýlení můžeme pozorovat u respondenta 3, který se od norem odchýlil téměř o tři směrodatné odchylky směrem dolů. U jediné ženy ve výzkumu zůstávají výsledky v rovině průměru.

Tabulka 10. Skóre respondentů v dotazníku SOC v jednotlivých oblastech

Respondenti	Pohlaví	Věk	Celkové skóre	Srozumitelnost	Zvládnutelnost	Smysluplnost
1	M	31	123	38	45	40
2	M	34	139	48	46	45
3	M	43	94	24	38	32
4	M	23	164	59	58	47
5	M	28	114	34	46	34
6	M	35	177	58	68	51
7	Ž	20	148	47	54	47

V kategorii „Srozumitelnost“ se pod průměrné hodnoty dostali respondent 1 a 5 (o jednu a půl směrodatné odchylky) a respondent 3 (o tři a půl směrodatné odchylky). Nad normou opět skórovali respondent 4 a 6 (o jednu a půl směrodatné odchylky). Obdobné výsledky můžeme pozorovat v kategoriích „Zvládnutelnost“ a „Smysluplnost“. Výraznější odchýlení se objevuje opět u respondenta 3 v oblasti zvládnutelnosti, ve které se dostává dokonce o čtyři směrodatné odchylky pod hodnoty průměru běžné populace.

Paulík (2010) uvádí, že nízké celkové skóre, a tím pádem nedostatek „sense of coherence“, může ústít v pocit, že základním rysem života je chaos. Ničemu se nedá věřit a na nic se nelze spolehnout, dokonce ani na sebe sama. Oblast srozumitelnosti poukazuje na přesvědčení o smysluplném uspořádání věcí a světa jako celku. Pojem „Zvládnutelnost“ charakterizuje víru jednice v to, že je dostatečně silný a způsobilý, aby zvládl nastalé situace. Poslední kategorie v kladném případě charakterizuje tendenci člověka považovat řešení dané situace za smysluplné. Záporný pól poté představuje odcizení a lhostejný přístup, který je často spojen i se sociální izolací.

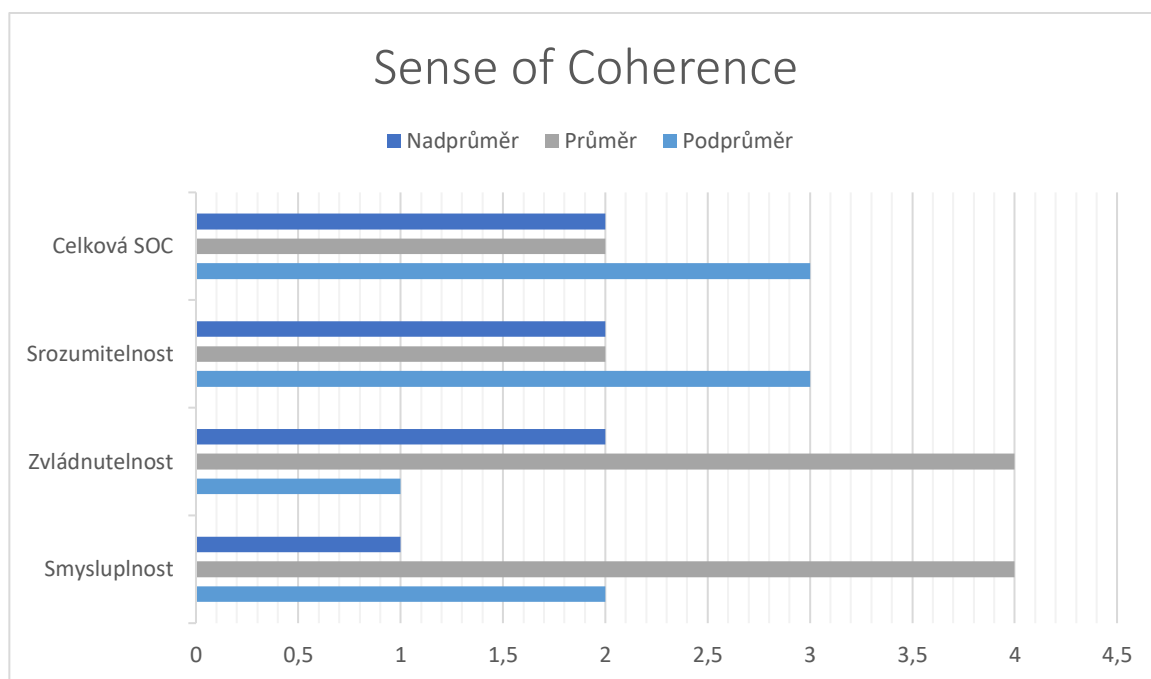
Obrázek 2. Orientační normy pro obecnou populaci, rozdělené dle pohlaví a věku

Orientační normy	skupina	n	SOC Celková		SOC Srozumitelnost		SOC Zvládnutelnost		SOC Smysluplnost	
			průměr	sm. odch.	průměr	sm. odch.	průměr	sm. odch.	průměr	sm. odch.
M <21	52		133,29	17,49	43,37	7,21	49,13	7,77	40,79	6,90
Z <21	68		136,43	18,03	43,12	7,92	49,69	7,78	43,62	6,08
M 21-30	150		141,39	19,66	47,22	8,62	51,42	7,14	42,75	7,45
Z 21-30	153		141,44	19,69	45,08	8,61	51,35	7,86	45,01	6,49
M 31-40	61		142,30	18,34	48,90	7,32	50,85	6,83	42,54	7,33
Z 31-40	91		143,10	18,57	47,44	7,83	51,20	7,21	44,46	6,77
M 41-50	45		147,71	18,77	50,78	7,83	53,24	6,91	43,69	7,38
Z 41-50	53		137,92	22,94	46,17	10,46	48,57	8,54	43,19	6,34
Z 51-60	13		140,15	23,37	48,15	10,20	49,38	7,73	42,62	7,72
M 51-60	15		152,60	22,00	50,60	12,05	54,40	9,19	47,60	4,21
M >60	10		139,70	26,68	48,40	11,60	47,40	8,67	43,90	7,48
Z >60	7		142,71	15,36	47,86	10,02	51,29	5,71	43,57	5,38
muži	333		141,60	19,73	47,59	8,59	51,22	7,40	42,78	7,30
ženy	385		140,44	19,72	45,59	8,76	50,57	7,78	44,28	6,50
Vš.skup.	718		140,98	19,72	46,52	8,73	50,87	7,61	43,58	6,91

Zdroj: Koukola (2000).

Pokud bychom tedy shrnuli výsledky všech respondentů a rozdělili je na ty, kteří skórovali o nejméně jednu směrodatnou odchylku nad či pod průměrem běžné populace, vidíme, že počet respondentů v oblasti celkového skóre je vyrovnaný (viz Graf 4). Počet jedinců s nadprůměrnými výsledky zůstává téměř ve všech kategoriích stejný, zatímco počty průměrně či podprůměrně skórujících respondentů se v jednotlivých oblastech lehce odlišují.

Graf 4. Rozdělení respondentů na průměrné, podprůměrné a nadprůměrné, a jejich počet v jednotlivých oblastech.



9.3 Dotazník SVF78

Dotazník SVF78 zachycuje postupy, které jedinec využívá při zvládání stresové situace. Obsahuje 78 výpovědí, přičemž dotazovaný zaškrtně vždy jednu z pěti možností, která nejvíce odpovídá jeho reakci v situaci, kdy je něčím (někým) poškozen, vnitřně rozrušen nebo vyveden z míry (viz Příloha č. 5). Možnosti, které lze označit jsou následující: (1) vůbec ne, (2) spíše ne, (3) možná, (4) pravděpodobně, (5) velmi pravděpodobně. Každá z otázek poté spadá do jedné ze třinácti kategorií, které charakterizují konkrétní strategii zvládání stresu. Tyto strategie jsou následující:

1. Podhodnocení
2. Odmítání viny
3. Odklon
4. Náhradní uspokojení

5. Kontrola situace
6. Kontrola reakcí
7. Pozitivní sebeinstrukce
8. Potřeba sociální opory
9. Vyhýbání se
10. Úniková tendence
11. Perseverace
12. Rezignace
13. Sebeobviňování

Jednotlivé kategorie se dále dělí na dva okruhy, kterými jsou pozitivní strategie (body 1-7) a negativní strategie (body 10-13). Pouze potřeba sociální opory a vyhýbání se nespádají ani do jedné z nich a stojí samostatně. Pokud bychom se měli zaměřit na výsledky z těchto dvou hlavních okruhů, nelze si nevšimnout, že počtem bodů převažují pozitivní strategie nad těmi negativními (viz Tabulka 11). Tento údaj však není směrodatný, jelikož pozitivních strategií je více nežli negativních, a dotazovaný tak snadno získá více bodů. Abychom mohli tyto údaje porovnat s normami pro obecnou populaci, jak je uvádí Janke a Erdmannová (2003), musíme vypočítat aritmetický průměr (viz Tabulka 11). I v tomto případě hraje určitou roli věk dotazovaného.

Tabulka 11. Počet bodů v jednotlivých kategoriích a jejich aritmetický průměr

Respondent	Věk	Pozitivní strategie (POZ)	Aritmetický průměr POZ	Negativní strategie (NEG)	Aritmetický průměr NEG
1	31	70	10,0	66	16,5
2	34	90	12,85	53	13,25
3	43	107	15,28	83	20,75
4	23	83	11,85	58	14,5
5	28	70	10,0	67	16,75
6	35	102	14,57	19	4,75
7	20	123	17,57	26	6,5

Porovnáme-li aritmetické průměry respondentů s výsledky obecné populace (viz Obrázek 3), vidíme, že pouze dva ze sedmi respondentů (28,57 %) skórovali v pozitivních strategiích (POZ) o jednu směrodatnou odchylku (SD) pod průměrem. Tři respondenti (42,86 %) využívají více POZ, než je průměr (o 1-1,5 SD), a zbývající dva dotazovaní (28,57 %) se drží v rovině průměru. Co se týče

negativních strategií (NEG), zde lze pozorovat větší výkyvy. Pět ze sedmi respondentů (71,43 %) využívá více NEG, než je běžné. Respondenti 2 a 3 se pohybují o jednu až jednu a půl SD nad průměrem, respondenti 1 a 5 o dvě SD a respondent 3 skóroval dokonce až o tři SD nad hranicí průměru. Pouze dva účastníci (28,57 %) využívají méně NEG (o 1,5-2 SD), než je běžné.

Obrázek 3. Aritmetické průměry a standardní odchylky dotazníku SVF78 podle věku a pohlaví (obecná populace)

SVF 78		Muži			Ženy			Pohlaví	Věk
		1 20-34 n = 45	2 35-49 n = 38	3 50-64 n = 41	1 20-34 n = 44	2 35-49 n = 38	3 50-64 n = 40		
Podhodnocení	M	10,42	10,21	11,63	7,93	8,11	8,53	***	-
	SD	4,71	4,26	4,31	4,26	3,38	4,48		
Odmítání viny	M	10,98	10,92	12,34	9,34	10,79	9,95	***	-
	SD	3,22	3,62	3,92	3,62	3,86	3,73		
Odklon	M	11,36	12,00	11,78	12,80	11,03	11,95	-	-
	SD	3,27	3,53	4,07	3,15	4,15	3,74		
Náhradní uspokojení	M	10,02	8,21	6,85	10,57	8,53	9,00	(*)	** 1>2>3
	SD	4,74	4,23	4,44	5,00	4,06	4,76		
Kontrola situace	M	16,84	16,87	16,81	17,52	16,13	16,40	-	-
	SD	3,34	4,26	3,54	3,61	4,50	3,19		
Kontrola reakcí	M	14,82	15,58	15,49	15,68	15,50	15,48	-	-
	SD	4,10	3,76	4,20	3,64	4,10	4,34		
Pozitivní sebeinstrukce	M	16,31	16,92	16,95	16,18	15,82	16,05	-	-
	SD	3,38	4,28	4,18	4,03	4,22	3,87		
Potřeba sociální opory	M	13,22	11,00	10,29	16,02	12,87	13,55	***	*** 1>2>3
	SD	5,07	5,39	3,72	4,91	5,56	4,76		
Vyhýbání se	M	10,64	11,21	12,51	11,98	11,42	14,13	(*)	** 1>2>3
	SD	4,70	4,47	5,27	4,28	4,85	4,05		
Úniková tendence	M	7,47	7,76	6,83	10,32	8,40	8,60	**	-
	SD	4,18	5,28	3,85	5,03	4,37	4,81		
Perseverace	M	14,58	12,47	13,61	17,96	16,18	15,75	***	* 1>2
	SD	4,92	5,84	5,83	4,40	6,34	5,28		
Rezignace	M	8,02	6,76	6,61	9,84	8,55	8,30	**	(*) 1>2>3
	SD	3,72	3,78	3,68	4,33	5,45	4,47		
Sebeobviňování	M	10,60	9,53	9,22	12,41	10,95	10,95	**	* 1>2>3
	SD	4,12	3,70	3,45	4,35	4,89	3,89		
POZ1	M	10,70	10,57	11,99	8,64	9,45	9,24	***	-
	SD	3,31	3,38	3,50	3,44	2,81	3,41		
POZ2	M	10,69	10,11	9,32	11,68	9,78	10,48	-	* 1>2>3
	SD	3,57	3,04	3,84	3,44	3,53	3,75		
POZ3	M	15,99	16,46	16,42	16,46	15,82	15,98	-	-
	SD	3,00	5,59	3,40	2,98	3,51	3,11		
POZ	M	12,46	12,38	12,57	12,26	11,68	11,90	(*)	-
	SD	2,43	2,15	2,32	2,24	2,27	2,48		
NEG	M	10,17	9,13	9,07	12,63	11,02	10,90	***	* 1>2>3
	SD	3,13	3,86	3,21	3,42	4,66	3,83		

Poznámka: P: hlavní efekt pohlaví; V: hlavní efekt věku; test Least significant difference (LSD) k faktoru věkové skupiny; (*): $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Zdroj: Janke W. & Erdmannová, G. (2003).

Nyní se zaměříme na výsledky u konkrétních strategií zvládnání, které jsou zobrazeny v tabulce 12. Po opětovném porovnání s normami pro běžnou populaci se ukazuje, že téměř všichni respondenti mají tendenci nadměrně využívat negativní strategie, pokud jsou vystaveni zátěžové situaci. Obzvláště sebeobviňování, o více než jeden a půl SD, používá pět respondentů (71,43 %).

U respondenta 3 je skóre vyšší dokonce o čtyři SD. Další negativní strategie, jako jsou úniková tendence, perseverace a rezignace, nadprůměrně zapojuje 42,86 % dotazovaných. Hodnoty se zde pohybují v rozmezí od jedné do dvou a půl SD, u respondenta 3 se v oblasti rezignace opět objevuje výsledek o čtyři SD vyšší, než je obvyklé. Podobné výsledky můžeme pozorovat také u strategie nazvané „vyhýbání se“, která je hodnocena samostatně. Pět ze sedmi respondentů (71,43 %) nadprůměrně využívá tuto strategii ve stresových situacích (cca o 1 až 2 SD více). Významnou odchylku můžeme taktéž najít u odklonu, který se řadí mezi strategie pozitivní. Tři respondenti (42,86 %) jej zapojují nadprůměrně, dva respondenti podprůměrně (28,57 %) a zbývajících dva dotazovaní se nijak výrazně neodchylují od průměrné hodnoty.

Tabulka 12. Počet bodů získaných v jednotlivých strategiích zvládání stresu

Strategie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Podhodnocení	11	10	6	6	8	12	23
Odmítání viny	10	10	10	8	5	11	16
Odklon	5	16	21	7	13	17	14
Náhradní uspokojení	0	8	13	0	10	11	11
Kontrola situace	19	18	22	23	12	12	19
Kontrola reakcí	12	14	19	22	10	16	18
Pozitivní sebeinstrukce	13	14	16	17	12	23	22
Potřeba sociální opory	5	18	16	19	12	15	11
Vyhýbání se	17	18	17	21	16	7	9
Úniková tendence	11	12	19	10	17	5	3
Perseverace	21	16	21	22	18	5	15
Rezignace	15	9	20	5	17	4	1
Sebeobviňování	19	16	23	21	15	5	7

Pro přehlednost níže uvádím graf (viz Graf 5), který zachycuje jednotlivé strategie a počet respondentů, jež skórovali podprůměrně, průměrně či nadprůměrně. Nutno však brát v potaz, že nadprůměrné zapojení pozitivních strategií je příznivý výsledek, zatímco nadměrné využívání negativních strategií je vnímáno jako výsledek nepříznivý.

Graf 5. Počet respondentů zapojujících jednotlivé strategie zvládání stresu a jejich rozdělení na průměrné, podprůměrné a nadprůměrné



Vysoké skóre v kategorii sebeobviňování ukazuje na sklon ke sklíčenosti a přisuzování chyb vlastnímu jednání. Pojem rezignace vyjadřuje pocity bezmocnosti a beznaděje, a to nejen ve vztahu k dané zátěžové situaci, ale také k vlastním schopnostem tuto situaci zvládnout. Tyto pocity často vedou k tomu, že se jedinec vzdává dalšího snažení o vyřešení situace. Rezignace úzce souvisí s únikovými tendencemi, které značí snahu vyvážnout z nepříjemné situace. Další často využívanou strategií v tomto výběrovém souboru byla perseverace. Jedná se o prodloužené přemítání o dané události a neschopnost se od ní myšlenkově odpoutat. Negativní myšlenky a pocity se objevují znovu a znovu, a zabírají tak myšlenkovou kapacitu jedince. To mu brání efektivně přemýšlet nad řešením problému. Strategie vyhýbání znamená snahu vyhnout se zátěži, ale také zamezit další konfrontaci s podobnou situací. Může být chápána, jak negativně, tak pozitivně, v závislosti na skóre v dalších oblastech. Avšak vysoké skóre většiny respondentů v oblasti negativních strategií nasvědčuje, že se v tomto případě jedná spíše o negativní způsob zvládání. Podobně rozporuplný

může být i odklon, který se běžně řadí mezi pozitivní strategie, ve smyslu odvrácení zátěže a navození psychických stavů, které stres zmírňují. Odklon může mít, kromě pozitivní, také neutrální rovinu, což může být například práce. To, do jaké míry může představovat negativní způsob zvládání, by bylo třeba doložit další studií (Janke&Erdmannová, 2003).

10. Výsledky jednotlivých respondentů

10.1 Respondent 1

Prvním respondentem je jednatřicetiletý svobodný muž. Žije sám a živí se jako operátor call centra. V současnosti hraje již 2 roky a 3 měsíce s intenzitou 6x a vícekrát týdně. Léčba v adiktologické ambulanci je jeho první léčbou týkající se patologického hráčství. V minulosti byl rovněž léčen na psychiatrii kvůli pokusu o sebevraždu. Abstinovat od hazardního hraní se pokoušel pouze jednou a délka této abstinence byla 2 měsíce.

V dotazníku SOGS získal celkem 10 bodů, což svědčí o pravděpodobném patologickém hráčství. Nejčastěji sází na sportovní výsledky, přičemž uvádí frekvenci jednou týdně a vícekrát. O něco méně často provozuje hraní karet pro peníze a hru v kasinu. Na otázku týkající se největšího finančního obnosu, se kterým hrál v jediném dni, odpověděl více než 100 000 Kč. Pokaždé když prohraje, vrací se druhý den na „místo činu“, aby vyhrál své peníze zpět. Přiznává, že se mu často stávalo, že hrál více než chtěl, a má pocit, že mu hra způsobuje problémy. Jeho okolí sdílí tento pocit a jeho hraní kritizují. To vše v něm vyvolává pocity viny a chce s hraním přestat. Má však pocit, že to nedokáže. Důkazy o hraní důsledně ukrývá před svými blízkými, a rovněž si od nich půjčil peníze, které potom nevrátil. Zdrojem jeho finančních prostředků na hraní jsou legální práce, půjčky od blízkých a také prodej osobního majetku.

Co se týče dotazníku SOC, celkové skóre tohoto respondenta činí 123 bodů. Tento výsledek je o jednu směrodatnou odchylku pod průměrem obecné populace. To může naznačovat lehce sníženou důvěru v okolní svět, v jeho předvídatelnost a smysluplnost. Nižšího skóre dosáhl účastník zejména v oblasti „Srozumitelnost“. Podle Paulíka (2010) tento výsledek naznačuje, že u daného jedince může převažovat dojem, že: *„svět je neuspořádaným a nepřehledným souborem plným nejasností až chaosu, kde neplatí žádný řád ani pravidla, na něž by bylo možné se spolehnout a podle nichž by bylo možné se orientovat.“* Ve zbývajících dvou oblastech, kterými jsou „Zvládnutelnost“ a „Smysluplnost“, získal respondent průměrný počet bodů. To svědčí o skutečnosti, že pokud nastane nějaká nepříznivá situace, dotyčný považuje za smysluplné vyvinout potřebné úsilí, aby ji zvládl.

V oblasti pozitivních strategií dotazníku SVF, skóroval tento respondent víceméně průměrně. Pouze strategie odklon a náhradní uspokojení využívá o dvě směrodatné odchylky méně, než je běžné. To znamená, že má menší tendenci odvracet zátěž a navozovat si příjemné psychické stavy zmírňující stres. Zároveň netáhne ke vnějším „odměnám“, které nejsou se stresovou situací kompatibilní. Tímto náhradním uspokojením bývá často například dobré jídlo nebo nějaká

materiální věc, koupená pro potěchu. Výsledky rovněž ukazují, že má tento respondent menší potřebu (o 1,5 SD) vyhledávat sociální oporu v zátěžových situacích. Na druhou stranu však velmi tíhne k zapojování negativních strategií zvládání, jako je perseverace, rezignace a sebeobviňování. To může ústít v neschopnost vymyslet efektivní řešení problému, pocity bezmoci a nadměrné přisuzování chyb vlastní osobě. Vysoké skóre lze pozorovat také u vyhýbání se, což v tomto konkrétním případě může být spíše znak pozitivního zvládání. Může se jednat o snahu zamezit další konfrontaci s podobnou situací, nikoliv vyhnutí se jejímu řešení.

10.2 Respondent 2

Druhým účastníkem výzkumu je opět muž, svobodný, ve věku třiceti čtyř let. Má vysokoškolské vzdělání, momentálně pracuje jako technolog sváření a žije sám. Hazardnímu hraní se věnuje již 10 let, přičemž hraje zhruba jednou za měsíc, někdy i méně. Nejvíce preferovaným druhem hry jsou hraní karet pro peníze, hra v kasinu, výherní automaty, sázky na dostihy a občas sází i na sportovní výsledky. Obvykle stráví hraním přibližně tři hodiny a téměř vždy prosází více peněz, než zamýšlel. Nejvyšší částka, kterou kdy za den prosázel se pohybovala v rozmezí 10 000 až 100 000 Kč. Pokud prohraje, většinou se druhý den vrátí, aby získal zpět ztracené peníze. Z blízkých lidí v jeho životě měl problém se hrou sourozenec a také blízký přítel. Často se mu stávalo, že hrál více, než chtěl, a má pocit, že mu hra působí problémy. Kvůli hře se několikrát cítil provinile a rovněž okolí jeho hraní kritizovalo. Nejspíš proto občas tvrdil, že vyhrál, i když tomu tak ve skutečnosti nebylo. V důsledku hraní má dluhy v rozmezí od 100 000 do 250 000 Kč. Peníze na hraní získával prostřednictvím legální práce, z peněz na domácnost, od bankovních společností či z kreditní karty. V dotazníku SOGS získal 13 bodů, což svědčí o pravděpodobném patologickém hráčství. To potvrzuje i skutečnost, že byl kvůli hraní a alkoholismu léčen i v minulosti. Celkem se pokoušel abstinovat přibližně pětkrát a pokud by se všechna tato období sečetla, vydržel nehrát celkem tři roky.

Výsledky dotazníku SOC napovídají, že respondentova důvěra v okolní svět je srovnatelná s obecnou populací a není nijak výrazně narušena. Snad jenom v oblasti „srozumitelnost“ je o jednu směrodatnou odchylku nižší, než je obvyklé. To poukazuje na fakt, že dotazovaný může okolní svět vnímat jako chaotický a nesnadno se v něm orientuje.

V dotazníku SVF jsou výsledky využití pozitivních strategií obdobné jako u prvního respondenta. Od průměru se výrazněji odchyluje pouze co se týče odklonu. Jak je zmíněno výše, tato strategie může mít pól kladný i záporný. Mezi negativními strategiemi dominuje sebeobviňování, ale také úniková tendence. Ta značí sníženou schopnost čelit zátěžové situaci

a zvýšenou potřebu jedince z ní vyváznout. Tento fakt koreluje rovněž s bodovým skóre v oblasti vyhýbání, kde se respondent pohybuje o dvě směrodatné odchylky nad průměrem. Ačkoliv tedy tato strategie může být vnímána i kladně, v tomto případě tomu tak není. Ve všech ostatních oblastech respondent vykazuje průměrné výsledky a celkově lze říci, že využívá lehce více negativních strategií než pozitivních.

Pokud navzájem porovnáme dotazníky SOC a SVF, tak se zdá, že dotazovaný má veškeré předpoklady pro to, aby zátěžovou situaci zvládl. Důvěruje ve své vlastní schopnosti a dovednosti, avšak i přesto má tendenci se řešení problému vyhýbat. Myslím si, že by bylo v tomto směru potřeba posílit respondentovu sebedůvěru a sebeúčinnost.

10.3 Respondent 3

Třetí z dotazovaných je třiačtyřicetiletý muž, který je rozvedený a momentálně žije s přítelkyní. Má středoškolské vzdělání a žije jako učitel na střední škole. Hazardně hraje již patnáct let, přibližně dvakrát až třikrát týdně. Obvykle stráví hraním až tři hodiny. Nejčastěji se jedná o hraní v kasinu, výherní automaty a loterii. Nejvyšší částka, se kterou kdy hrál se pohybovala v rozmezí od 10 000 do 100 000 Kč. Téměř vždy se mu stalo, že prosázel více, než měl původně v úmyslu. V jeho okolí se vyskytl pouze jeden blízký člověk, který měl problém s hraním, a to byl jeho švagr. On sám se pokoušel abstinovat již nespočetněkrát a celkově se vydržel zdržet hraní jeden rok. Nikdy předtím se neléčil. V dotazníku SOGS získal 13 bodů, a jedná se tedy pravděpodobně o patologické hráčství. To, že mu hra způsobuje problémy, si uvědomuje a rovněž jeho okolí mu to dává najevo. Ví, že hraje víc, než by chtěl, má kvůli tomu pocity viny, avšak obává se, že není schopen sám přestat. V minulosti se stávalo, že před ostatními předstíral výhru, přestože prohrál a ukrýval jakékoliv důkazy o těchto prohrách. Se svými blízkými se rovněž často hádal kvůli hraní a penězům. V současnosti má dluhy vyšší než 500 000 korun, ve kterých jsou, kromě hraní, zahrnuty také dluhy zdravotní pojišťovně, dopravnímu podniku a leasing. Prostředky na hraní získával prostřednictvím legální práce, bankovních i nebankovních společností a kreditní karty.

V dotazníku SOC získal tento respondent nejnižší skóre ze všech účastníků výzkumu. A to jak celkově, tak i ve všech dílčích podkategoriích, skóroval nejméně o jednu a půl směrodatné odchylky pod průměrem. Největší rozdíl je patrný v kategorii „Srozumitelnost“, kde se od průměru odchyluje celkem o tři a půl směrodatné odchylky. Podobně jako u předchozích dvou účastníků je velmi narušena jeho důvěra v okolní svět. Ten se mu zdá velmi chaotický a těžko pochopitelný. Situace a okolnosti, které by mohly v budoucnu nastat vnímá jako nepředvídatelné, bez jakéhokoliv vnitřního pořádku a řádu. Rovněž víra ve vlastní schopnosti a dovednosti umožňující se s těmito

událostmi vypořádat je velmi nízká. Může se také objevit pocit, že život je nefér a jedinec je událostmi poškozován. To vše často vyústí v přesvědčení, že nestojí za to, aby člověk investoval energii do řešení daného problému (Koukola, 2000).

S výše uvedenými údaji korespondují i výsledky dotazníku SVF. U tohoto respondenta je patrný výrazný rozdíl mezi využitím pozitivních a negativních strategií. Mezi těmi kladnými dominuje odklon, který je využíván o dvě a půl směrodatné odchylky více, než je běžné. Další lehce nadprůměrný výsledek lze pozorovat u náhradního uspokojení a kontroly situace (o 1 SD). Kontrola situace poukazuje na snahu získat kontrolu nad stresujícími situacemi skrze analýzu aktuální situace, plánování opatření ke zlepšení a aktivní zásah do dění. Ovšem i přesto výrazně převažují záporné strategie, zejména rezignace a sebeobviňování, které se pohybují až čtyři směrodatné odchylky nad průměrem. Nadprůměrný je také výsledek v oblasti perseverace, únikové tendence a vyhýbání. Porovnání všech těchto faktorů dohromady může svědčit o tom, že respondent sice má na počátku snahu situaci řešit, ale později sklouzává spíše k rezignaci, úniku a vyhýbání. Tím nevědomky zvyšuje, již tak vysokou stresovou zátěž.

10.4 Respondent 4

Respondent, který byl označen číslem čtyři, je třiačtyřicetiletý muž. V současné době studuje vysokou školu, je svobodný a bydlí sám. Z důvodu denního studia si přivydělává pouze brigádně. Tento účastník na řadu otázek týkajících se délky hraní, četnosti a výše sázek neodpověděl. Důvodem je pravděpodobně to, že jako zdroj svých problémů uvádí počítačové hry. Průměrný čas, který denně stráví hraním, se pohybuje kolem 12 hodin. Z dotazníků však jasně nevyplývá, zda hraje počítačové hry také o peníze. V dotazníku SOGS však přesto získal 5 bodů, což je hraniční hodnota pro pravděpodobné patologické hráčství. Nutno však podotknout, že řada otázek zůstala nezodpovězena. Dotazovaný uvádí, že nemá žádné dluhy a při hraní neužívá žádné návykové látky. V posledním roce však kromě alkoholu a tabáku užil ještě konopné drogy a stimulancia. O abstinenci od hraní se pokoušel již více než desetkrát a celkem tato doba trvala měsíc a půl. Léčba v adiktologické ambulanci je jeho prvním pokusem vyhledat odbornou pomoc. Přiznává, že hraje mnohem častěji, než by chtěl a má pocit, že mu hraní působí potíže. Blízké okolí tento pocit sdílí a jeho hraní kritizuje. Kvůli tomu se cítí provinile a chtěl by s hraním přestat. Má však pocit, že to nedokáže. Tento účastník nezapadá do klasického profilu hazardního hráče, avšak výsledky v dotazníku mapujícím patologické hráčství vyšly pozitivně. Z tohoto důvodu byl zařazen do výzkumu a jeho výsledky mohou sloužit k porovnání s „typickými“ patologickými hráči.

Bodové skóre získané v dotazníku SOC je poměrně vysoké. Konkrétně získal tento dotazovaný druhý nejvyšší počet bodů z celého výběrového souboru. Ten je o více než jednu směrodatnou odchylku vyšší než průměr, a to jak celkově, tak v dílčích kategoriích. To znamená, že dotyčný má silný pocit důvěry v to, že dění v okolním světě je předvídatelné a že vše půjde dále tak, jak se dá rozumně očekávat. Vysoké SOC je hlavní zárukou soudržnosti lidské osobnosti v zátěžových situacích (Koukola, 2000).

Navzdory pozitivnímu výsledku výše uvedeného dotazníku, SVF78 ukazuje poněkud „střízlivější“ pohled na situaci. Využitím pozitivních strategií je sice v souladu s průměrem, avšak u negativních strategií je jejich zapojení o jednu a půl směrodatné odchylky vyšší, než je běžné. Při bližším pohledu na kladné způsoby zvládnání vidíme, že respondent nadprůměrně využívá kontrolu situace a kontrolu reakcí. Snaží se tedy zvládnout situaci skrze její analýzu, plánování vhodných opatření a aktivní zásah do této situace. Zároveň je zde vidět snaha nedat se problémem „rozhodit“, případně nedat na sobě nic znát. Dotazovaný nemá ve zvyku využívat náhradní uspokojení, když je ve stresu, ani řešení situace nějakým způsobem odklánět a oddalovat. Ačkoliv má nadprůměrné skóre v oblasti vyhýbání se, v daném případě lze chápat tuto strategii jako pozitivní způsob zvládnání. Jedná se spíše o snahu předejít opakování stejné situace než tendenci z ní vyváznout. I přesto však lze pozorovat vyšší bodový zisk u strategie perseverace a sebeobviňování. To naznačuje, že dotazovaný má sklon se nepříjemnou situací dlouho myšlenkově zaobírat a z neúspěchu vinit sám sebe.

10.5 Respondent 5

Dalším účastníkem je osmadvacetiletý muž, který je svobodný a momentálně sdílí domácnost se svými kamarády. Má středoškolské vzdělání s maturitou a je zaměstnán jako barman. Hazardní hraní provozuje již 19 let s intenzitou 4 - 5krát týdně. V typický den, kdy hraje, stráví hraním přibližně pět hodin. Uvádí, že celkem často prosází více, než původně zamýšlel. Nejčastěji sází na sportovní výsledky, minimálně jednou týdně i více. Také již provozoval hraní karet pro peníze, hru s kostkami o peníze, hru v kasinu a hraní na výherních automatech. Z okruhu blízkých měl problém s hazardním hraním jeho kamarád. Když prohraje, má většinou tendenci se druhý den vrátit, aby vyhrál ztracené peníze zpět. Taktéž často tvrdí, že vyhrál, i když to není pravda. Má pocit, že mu hra způsobuje problémy, jelikož hraje více, než by chtěl a cítí se kvůli tomu provinile. Rovněž jeho okolí mu dává najevo, že jeho hraní je problém. Před svými blízkými často ukrýval důkazy o tom, že hraje a výjimečné nebyly ani hádky kvůli financím. Rovněž se stalo, že si

od někoho půjčil peníze, které již nevrátil. Dále získával peníze prostřednictvím legální práce, bankovních i nebankovních půjček, kreditní karty, lichvářů i prodejem osobního či rodinného majetku. Odhadovaná výše dluhu se pohybuje v rozmezí od 250 000 do 500 000. Návštěva ambulance je respondentova první léčba, avšak v minulosti se pokoušel sám abstinovat. Má za sebou tři období abstinence trávající dohromady 8 měsíců. V dotazníku SOGS získal 17 bodů, což je nejvíce z celého výzkumného souboru, a svědčí to o patologickém hráčství.

Pokud se zaměříme na celkovou odolnost, zjišťovanou dotazníkem SOC, zjistíme, že zhruba i jednu a půl směrodatné odchylky pod průměrem. Největší odlišnosti jsou, tak jako u většiny předchozích respondentů, patrné v oblasti „Srozumitelnost“. Podprůměrný výsledek se objevuje i z hlediska „Smysluplnosti“. To svědčí o tom, že dotazovaný vnímá svět jako chaotické nepředvídatelné místo a není zcela přesvědčen o tom, že problémy, před které je postaven, stojí za to řešit. Tento záporný pól je charakterizován odosobněným stanoviskem k situaci a lhostejným přístupem, který je často spojen se sociální izolací (Paulík, 2010).

Tento výsledek potvrzuje také dotazník SVF, ze kterého vyplývá, že respondent nadměrně využívá téměř všechny negativní strategie. Největší odchýlení od průměru lze pozorovat u únikové tendence (o 2,5 SD). Rovněž rezignace a sebeobviňování jsou vyšší o jednu a půl směrodatné odchylky. Úniková tendence v souvislosti s rezignací je považována za výrazně maladaptivní způsob zpracování. Jedinec má tendenci z nepříjemné situace vyváznout, jelikož má sníženou schopnost čelit této situaci. Tento způsob zvládání stres zvyšuje, než aby napomáhal jeho snížení. S nadměrným využitím záporných strategií koresponduje snížené využití těch kladných. Konkrétně kontrola situace, kontrola reakcí a pozitivní sebeinstrukce jsou o jednu směrodatnou odchylku nižší, než je průměr. To může poukazovat nejen na sníženou schopnost zhodnotit situaci a aktivně do ní zasáhnout, ale rovněž si dodat odvahy a věřit ve vlastní schopnosti. Podprůměrný výsledek v oblasti odmítání viny koreluje se sebeobviňováním a naznačuje, že jedinec má tendenci přisuzovat odpovědnost a vinu za zátěžové situace sám sobě.

10.6 Respondent 6

Šestý z dotazovaných je posledním mužským účastníkem výzkumu. Je mu třicet pět let, je svobodný, žije s přítelkyní a se dvěma dětmi. Má vysokoškolské vzdělání a je zaměstnán jako technik v oboru strojírenství. Hraje již deset let přibližně šestkrát i vícekrát týdně. Průměrně stráví hraním dvě hodiny denně, přičemž téměř vždy prosází více, než měl v plánu. Co se týče druhu hazardní hry, nejvíce hraje karty pro peníze, sází na sportovní výsledky a občas hraje v kasinu. Hazardnímu hraní

byl vystaven také v rámci rodiny. Uvádí, že problémy s hraním měl jeden z rodičů. Jako nejvyšší částku, se kterou hrál v jenom dni, označil rozmezí od 10 000 do 100 000. Většinou, když prohraje, vrací se zpět, aby vyhrál to, co ztratil. Avšak nikdy netvrdil, že vyhrál, když tomu tak nebylo. Domnívá se, že hra mu působila problémy v minulosti, ale nyní již ne. Stejně tak neguje i kritiku od blízkého okolí. I přesto mívá pocit, že hraje nadměrně a cítí se kvůli tomu provinile. Pociťuje také potřebu přestat, ale domnívá se, že to nedokáže. Uvádí, že se nikdy nestalo, aby si od někoho půjčil peníze, a poté je nevrátil. Finanční prostředky na hraní získává legální prací, skrze bankovní i nebankovní půjčky a z kreditní karty. V současnosti výše jeho dluhu přesáhla hranici 500 000 korun. O abstinenci se pokoušel již pětkrát a celkem vydržel nehrát tři měsíce. V minulosti nebyl kvůli hraní léčen, ani nepobýval na psychiatrii. V dotazníku SOGS získal 9 bodů, což je výsledek, který poukazuje na pravděpodobné patologické hráčství.

V dotazníku SOC dosáhl tento respondent nejvyššího bodového skóre z celého výběrového souboru. Celkově má téměř o dvě směrodatné odchylky vyšší výsledek, než je obvyklé. V dílčích kategoriích tomu samozřejmě není jinak, přičemž nejvyšší skóre získal v kategorii „Zvládnutelnost“. Podle Paulíka (2010) je tato pozitivní polarita charakterizovaná pocitem, že vlastní předpoklady umožňují vyřešení daného problému. Jedinec si připadá dostatečně silný a způsobilý na to, aby adekvátním způsobem reagoval na vzniklé zátěžové situace a zvládl je. Tento účastník tedy věří, že svět se řídí dle daných zákonitostí, že je předvídatelný a nastalé stresové situace lze zvládnout.

Dotazník SVF koreluje s výše uvedenými výsledky. Dotazovaný vykazuje průměrné tendence využívat negativní způsoby zvládání. V oblasti perseverace a sebeobviňování se nachází dokonce o jednu a půl směrodatné odchylky pod průměrem. Rovněž je jedním ze dvou účastníků, kteří nadměrně nevyužívají strategii vyhýbání. Z pozitivních způsobů zvládání dominuje odklon, který v tomto případě poukazuje spíše na snahu předejít vzniku zátěžové situace a navodit si příjemné psychické stavy, které stres zmírňují. Dále je u tohoto respondenta zvýšené bodové skóre u strategie pozitivní sebeinstrukce. Neděla mu tedy problém věřit, že složitou situaci zvládne a dodat si odvalu.

10.7 Respondent 7

Posledním respondentem je jediná žena, účastnící se tohoto výzkumu. Je jí dvacet let, je svobodná a studuje vysokou školu. Bydlí se spolubydlíci v pronajatém bytě, a kromě občasných brigád, nemá žádné zaměstnání. Hazardu se věnuje již dva roky a uvádí četnost přibližně jednou za měsíc. Poměrně často se jí stává, že při jedné hře prosází více, než by chtěla. Nejčastěji sází na sportovní výsledky a zkoušela rovněž hraní karet pro peníze. Největší obnos, se kterým hrála

v jednom dni se pohybuje v rozmezí od 10 000 do 100 000. Když prohraje, většinou se vrací zpět, aby znovu vyhrála peníze, o které přišla. Nikdy však o výhře nelhala. Uvádí, že hraje více, než by chtěla a má pocit, a že se kvůli tomu cítí provinile. Totéž si myslí i její blízké okolí. Navzdory tomu však nikdy neměla pocit, že by chtěla s hraním úplně přestat. Působí spíše dojmem, že žádné problémy nemá. Peníze na hazard získává prostřednictvím brigád, kreditní karty a půjček od blízkých osob. V současnosti dluží částku vyšší než 50 000, avšak nepřevyšující 100 000. Docházení do ambulance není její první léčbou. V minulosti se snažila jednou abstinovat, přičemž to vydržela celých devět měsíců. I přesto, že subjektivně žádné obtíže nemá, v dotazníku SOGS získala 9 bodů, což naznačuje pravděpodobné patologické hráčství.

V dotazníku SOC skórovala poslední účastnice v průměrných hodnotách. Od běžné populace se neodlišila ani v jedné z kategorií. To naznačuje, že má přiměřenou důvěru v okolní svět, jeho předvídatelnost a smysluplnost. Rovněž víra ve vlastní schopnosti zvládnout zátěžové situace je přiměřená.

Co se týče dotazníku SVF, zde jsou již výsledky poněkud zajímavější. Na poli pozitivních strategií není patrné žádné snížení. Využití většiny strategií se pohybuje v průměrných hodnotách. Výrazné odchýlení je zjevné pouze u podhodnocení a odmítání viny (o 2 – 2,5 SD). To poukazuje na tendenci hodnotit vlastní reakce, ve srovnání s jinými lidmi, značně pozitivněji. Odmítání viny poté vyjadřuje, že jedinci chybí vlastní odpovědnost za zátěž. Tato strategie může mít také výrazně defenzivní charakter. Záporné způsoby zvládání se rovněž pohybují v průměrných hodnotách, u některých z nich je dokonce patrné snížené využití. Konkrétně se jedná o únikovou tendenci a sebeobviňování. Právě zmíněné sebeobviňování koreluje s výše zmíněným odmítáním viny. Respondentka nemá tendenci přisuzovat chyby vlastní osobě, spíše okolnímu světu. To do jisté míry může souviset i s její postojem k hazardnímu hraní, kdy si téměř nepřipouští žádné problémy.

11. Kazuistika klienta

Na základě výsledků, které se výrazně odlišovaly od zbytku výzkumného souboru, byla vypracována krátká kazuistika respondenta 3, vycházející z jeho dokumentace v adiktologické ambulanci. Tato kazuistika slouží k ilustraci možné souvislosti patologického hráčství, špatného zvládání stresu a událostí v respondentově životě. Pro tyto účely bylo dotazovanému dáno jméno Michal.

11.1. Anamnestické údaje

11.1.1 Osobní a rodinná anamnéza

Michalovi je v současné době 42 let a má diagnózu F63.0 – patologické hráčství. Je rozvedený, žije s přítelkyní a má dvě děti z předchozího manželství – syna a dceru. Synovi je 24 let a svého otce podporuje. S dcerou jsou vztahy o něco horší, je jí 18 let a nedávno maturovala.

Co se týče rodičů, je Michal velmi stručný a působí dojmem, že se mu o tomto tématu nechce příliš hovořit. Uvádí, že otec má problémy s alkoholem a již 25 let spolu nekomunikují. Říká o něm, že vždycky hodně sliboval, ale nikdy nedal, v čemž byl stejný jako jeho otec (Michalův děda). Svou matku popisuje jako hodnou, ale hysterickou, soudě podle vysoko položeného hlasu, když křičí. Otec matku několikrát zbil a jednou Michal dokonce volal k podobnému incidentu policii. Rodiče se poté rozvedli.

Se svou nyní již bývalou ženou se vzali, když byli oba velmi mladí – Michalovi bylo pouhých 19 let. Podnětem svatby bylo těhotenství, se kterým se Michalův otec nemohl smířit a vyhodil ho z domu. Michal se na otce velmi hněval a rozhodl se nepozvat jej na svatbu. Manželství trvalo přibližně třináct let, avšak neskončilo šťastně. Michal pracoval dva roky v zahraničí a jeho žena si v té době našla milence. To Michala zdrtilo, cítil se zahrán do kouta a manželku několikrát zbil. Uvádí, že nejtěžší pro něj byly Vánoce v roce 2006, kdy zvažoval i sebevraždu. Po rozvodu si našel přítelkyni, která však měla manžela. Její muž umíral na rakovinu a Michal se o oba staral.

11.2 Sociální anamnéza

11.2.1 Vzdělání, zaměstnání a finanční situace

Michal má dokončené střední vzdělání bez maturity a momentálně pracuje jako učitel odborného výcviku na střední odborné škole. Přivydělává si rozvozem jídla a v mezech si dodělává pedagogické minimum. Přibližně v letech 2004 až 2006 pracoval v zahraničí. V současné době je v insolventi, přičemž jeho dluhy přesahují částku 500 000 korun. Kromě dluhů z důvodu hazardního hraní také dluží zdravotní pojišťovně a dopravnímu podniku. Větší finanční hotovost u sebe nenosí, s penězi hospodaří jeho přítelkyně.

11.2.3 Vztahy

Po prvním neúspěšném manželství, které skončilo v roce 2006, si Michal našel novou přítelkyni. Avšak ani tento vztah není ideální. Během docházení do adiktologické ambulance se situace s přítelkyní několikrát změnila. V únoru Michal odešel z jejich společného bytu a přechodně žil na ubytovně. Uvádí, že mu přítelkyně přijde vypočítavá a že ho často trestala odpíráním sexu. I přesto později zvažuje návrat, avšak bojí se, že se všechno vrátí do stejných kolejí. Na druhou stranu však nemá sílu hledat nový vztah.

V březnu tohoto roku se nakonec k přítelkyni vrátil, avšak pro oba to bylo pouze z existenčních důvodů. Uvádí, že je na ní naštvaný a pociťuje hlubokou krizi. Popisuje také, že ho přítelkyně umí vyprovokovat a on poté „vybuchne“ vzteky.

Co se týče dětí, se synem má poměrně dobrý vztah. Navštěvují se a Michal od něj cítí velkou podporu, která mu pomáhá. S dcerou se tak často nestýká, jejich vztah není tak vřelý, ale pomalu se zlepšuje.

11.2.2 Bydlení

Nejprve žil Michal ve společné domácnosti se svou přítelkyní. Od té v únoru odešel a přechodně bydlel na ubytovně. Později se k ní opět vrátil, avšak nyní má pronajatý vlastní byt a žije sám.

11.3 Patologické hráčství

Michal hraje již přibližně deset až dvanáct let, což znamená, že začal v době manželské krize. Sám si uvědomuje, že jeho hraní má souvislost se stresem. Hraje přibližně dvakrát až třikrát týdně a průměrně stráví hraním tři hodiny. Nejčastěji hraje v kasinu nebo na výherních automatech, čas od času zkusí také loterii. Téměř vždy prosází více, než původně zamýšlel a kvůli hraní má finanční potíže. Svým blízkým často lže, aby je uklidnil, což zahrnuje i ukrývání jakýchkoliv důkazů o hraní. Rovněž několikrát tvrdil, že vyhrál, i když to tak nebylo. Blízké okolí jeho hraní kritizuje a výjimkou nejsou ani hádky kvůli penězům. Z toho důvodu převzala starost o peníze Michalova nyní již bývalá přítelkyně. Zdrojem financí na hraní byla výplata (a tím pádem peníze na domácnost), bankovní i nebankovní půjčky a kreditní karta. Peníze si Michal půjčoval také od přátel, a ne vždy je vracel zpět.

11.3.1 Léčba

Ambulantní léčba není Michalova první zkušenost. Již dříve se pokoušel hraní řešit, avšak nevzpomíná si, co to bylo za zařízení. Do adiktologické ambulance dochází od prosince roku 2016. Při své první návštěvě byl velmi skleslý a úzkostný. Tvrdil, že je toho na něj moc a neví kudy kam. Také přiznal potíže s dluhy a rodinnými vztahy. Cítí se být na všechno sám. Od léčby si slibuje, že se mu zlepší život. Také by chtěl mít v životě více radostí. Kromě docházení do ambulance je mu taktéž nabídnuta možnost psychoterapeutické skupiny. Michal tuto nabídku nejprve zvažuje a následně začne skupinu pravidelně navštěvovat.

V průběhu léčby často řeší svůj vztah s přítelkyní, se kterou se v únoru rozejde. V tomto období prochází velkou krizí. Má pocit, že ho jeho okolí odsoudilo a cítí se sám. Žije na ubytovně a je bez financí. Rovněž se u něj objevují sebevražedné myšlenky. Ačkoliv se mu dosud dařilo se hraní zdržet, v tomto období dojde k relapsu. Ten následuje po telefonické hádce s partnerkou. Toto těžké období řeší rovněž na skupině, kde se svěřuje se svými chutěmi hrát a také s relapsem. Od skupiny získává potřebnou oporu. Poté se v březnu ke své přítelkyni vrací, avšak žijí spolu pouze z praktických důvodů. Michal opět pociťuje krizi, často se s partnerkou hádají.

V dubnu si Michal začíná uvědomovat, že potřebuje intenzivnější léčbu a zvažuje pobyt na lůžkovém oddělení. Neví však, jak by to bylo s prací. Má obavy, že mu neprodlouží smlouvu. O měsíc později přichází pozitivně naladěný, je rozhodnutý pro léčbu a vše tomu podřizuje. Našel si nové bydlení, kde mu dají slevu na nájem po dobu jeho léčby. Rovněž v práci mu byla prodloužena

smlouva i přesto, že by tam teď nějaký čas nedocházel. Největší oporou je pro něj v tuto chvíli syn a Michal nakonec skutečně nastoupí do pobytové léčby.

11.4 Aktuální situace

Michalovi se nakonec léčbu dokončit nepodařilo. Nicméně stále dochází do adiktologické ambulance a také na skupiny. Uvádí, že jeho vztah s dcerou se zlepšil a má chuť i nadále abstinovat. Stále pracuje jako vyučující na střední odborné škole a žije sám. Častěji se teď vídá se svou matkou, které pomáhá opravit chatu. Rád by, aby tato chata jednoho dne patřila dětem.

11.5 Souvislost s výsledky výzkumu

Výsledky v dotazníku SOC a SVF78 byly výrazně odlišné od zbytku výzkumného souboru. Michal získal v dotazníku SOC nejnižší skóre ze všech, které bylo téměř o tři směrodatné odchylky nižší než u většinové populace. Nejvýraznější pokles byl v kategorii „Srozumitelnost“, což naznačuje, že Michal vnímá svět kolem sebe jako chaotické a nesrozumitelné místo, kde není nic jisté (viz kapitola 10.3). Z hlediska copingových strategií Michal nadměrně využívá všechny negativní způsoby zvládání stresu. Zejména pak sebeobviňování a rezignaci. Také má zvýšenou tendenci vyhýbat se řešení problému. Pokud se podíváme na výše nastíněný životní příběh, můžeme si všimnout, že počátek hraní koresponduje s krizí v manželství. V tomto období Michal přišel na nevěru své manželky a nevěděl, jak se s nastalou situací vyrovnat. Byl pod velkým tlakem, který se pravděpodobně snažil ventilovat skrze hazardní hraní. Poté následoval rozvod, což je rovněž zátěžová situace. Po rozvodu si Michal sice našel přítelkyni, ale ta měla těžce nemocného manžela a on se o oba staral. Zároveň se zhoršily jeho vztahy s dětmi. Později přibýly ještě hádky s partnerkou, která ho navíc trestala odpíráním sexu. Michal byl tedy ve stresu velmi často a snažil se prostřednictvím hraní uvolnit a uniknout od nepříjemné reality. V důsledku hraní se však zadlužil, což vyvolávalo další konflikty s partnerkou a stres se neustále zvyšoval. Michal se tedy dostal do „začarovaného kruhu“. Nyní se situace s partnerkou, bydlením a prací uklidnila, vztahy s dětmi se také zlepšují a Michal již není pod tak velkým tlakem. Ačkoliv léčbu nedokončil má naději do budoucna a chuť nadále abstinovat.

12. Diskuze

Tento výzkum si kladl za cíl zjistit, jak patologičtí hráči v ambulantní léčbě zvládají zátěžové situace a jaké strategie zvládání stresu přitom využívají. Hlavním záměrem bylo určit, zda se tyto způsoby nějak výrazně liší od průměrných výsledků obecné populace. Způsobem provedení této studie do jisté míry navazuje na výzkum, který realizovala Školotíková (2016) v rámci své diplomové práce, a jež byl proveden na vzorku patologických hráčů v ústavní léčbě, za použití obdobných výzkumných nástrojů (SVF78).

Studie, která je základem této práce, byla původně koncipována jako kvantitativní, s předpokládaným výzkumným souborem o velikosti minimálně dvaceti respondentů. Avšak v průběhu její realizace došlo k razantnímu snížení pacientů s požadovanou diagnózou, což výsledný soubor zredukovalo na pouhých sedm respondentů. Lze se pouze domnívat, co přispělo k tak masivnímu úbytku pacientů vybrané adiktologické ambulance. Svou vinu na tom může mít fakt, že hazardní hraní se v poslední době stalo častěji diskutovaným tématem. O této skutečnosti svědčí vznik samostatné Výroční zprávy o hazardním hraní v České republice pro roky 2014 a 2015. S tím je spojený také rozvoj služeb pro hazardní hráče, který může být příčinou odchodu pacientů do pro ně dostupnější lokality. Již samotná velikost výzkumného souboru napovídá, že zjištěné poznatky nelze využít ke zobecnění, vztahujícímu se na celou populaci patologických hráčů v České republice, z hlediska jejich nedostatečné reprezentativnosti. Dalším z důvodů je také zvolená metoda výběru souboru, kterou je metoda záměrného (účelového) výběru přes instituce. Tato metoda je pro výzkumníka velmi efektivní, avšak může být rovněž limitující z hlediska skutečnosti, že lidé pohybující se v rámci určitých zařízení či služeb, mohou představovat pouze část spektra osob z dané cílové skupiny. Je otázkou, do jaké míry by níže diskutované výsledky byly odlišné, u nemotivovaných aktivně hrajících jedinců, kteří by byli osloveni například v prostředí herny či kasina.

Výzkumné nástroje (dotazníky SOC a SVF78) považuji za vhodně zvolené vzhledem ke stanoveným cílům. Tyto dotazníky zjišťují nejen konkrétní copingové strategie, ale i celkový pohled respondenta na okolní svět, jeho srozumitelnost a předvídatelnost, stejně jako důvěru ve vlastní schopnosti vypořádat se se zátěžovými situacemi. Z mého pohledu se tak vhodně doplňují. Odpovědi získané prostřednictvím těchto nástrojů, však mohou být mírně zkresleny aktuálním rozpořádáním dotazovaného. Domnívám se, že pokud je člověk ve stavu psychické pohody, má tendenci hodnotit okolní svět, a také vlastní způsoby jednání v příznivějším světle, než když právě nějakou stresující událost prožívá. Ke zjištění tohoto vlivu by mohla posloužit kvalitativně orientovaná studie, která by hlouběji prozkoumala klientovu současnou situaci. Svou roli může

rovněž hrát skutečnost, že celkem byly participantům postupně předloženy čtyři dotazníky, a nelze tedy vyloučit, že mohlo postupem času dojít k jistému vyčerpání a snaze urychlit jejich zodpovězení. Týkat by se to mohlo zejména posledních dotazníků, kterými byly výše zmíněné SOC a SVF78. V neposlední řadě mohou být dotazníkové studie zatížené informační chybou, nazývanou také recall bias. Ta vzniká v důsledku toho, že si dotazovaní nedokáží přesně vzpomenout na situace, které se staly v minulosti.

Prostřednictvím anamnestického dotazníku byli zjišťovány demografické údaje respondentů. Většinu výzkumného souboru tvořili muži, tj. 6 ze 7 respondentů (85,71 %). Pouze jedna účastnice byla ženského pohlaví (14,29 %). Tento poměr odpovídá údajům uvedeným ve Výroční zprávě o hazardním hraní v České republice v roce 2015, která uvádí, že v roce 2014 bylo hospitalizováno 86,85 % mužů a 13,15 % žen (Mravčík et al., 2016). Údaje z ambulantních služeb bohužel nejsou v této zprávě uvedeny. Věkový průměr dotazovaných, který činí 30,57 let, je mírně nižší, než jak jej uvádějí obdobné studie (Mravčík et al., 2016; Mravčík et al., 2015a). Nejčastěji uváděným rodinným stavem bylo „svobodný/á“ (85,71 %), jeden z účastníků byl rozvedený (14,29 %). Co se týče dosaženého vzdělání, nejvíce respondentů, tj. čtyři (57,14 %), mělo středoškolské vzdělání s maturitou. Obě předchozí charakteristiky jsou v souladu se zjištěními plynoucími z výzkumu Patologičtí hráči v léčbě z roku 2015 (Mravčík et al., 2016).

Na základě dotazníku SOGS bylo zjištěno, že všech sedm respondentů (100 %) lze na základě získaných bodů označit jako pravděpodobné patologické hráče. Nejčastěji preferovaným druhem hry bylo sázení na sportovní výsledky (57,14 % dotazovaných), hraní karet pro peníze (42,86 %) a hraní v kasinu (42,86 %), přičemž dotazovaní mohli označit více typů hry. Tento výsledek je zcela odlišný od údajů z výše zmiňované Výroční zprávy o hazardním hraní, která uvádí jako nečastější typ technické hry (Mravčík et al., 2016). Průměrná doba hraní v jeden den (3,78 hodin) je u našeho souboru přibližně o jednu hodinu vyšší než v předchozích studiích. Dluhy v důsledku hraní potvrdilo pět respondentů (71,43 %), přičemž nejčastější uvedená částka byla více než 500 000 korun. Uvedli ji tři dotazovaní, tedy 42,86 %. O předchozí abstinenci se pokusili všichni participant, v průměru více než třikrát. To potvrzuje chronický a recidivující charakter patologického hráčství (Mravčík et al. 2015a).

Výsledky dotazníku „Sense of coherence“ (SOC) ukazují, že, co se týče celkového bodového skóre, nejvíce respondentů (3 tj. 42,86 %) se ocitlo pod průměrem běžné populace. Dva dotázaní (28,57 %) skórovali průměrně a zbylí dva (28,57 %) nadprůměrně. Paulík (2010) uvádí, že nedostatek SOC může ústít v pocit, že život je chaotický. Okolní svět postrádá řád, ničemu nelze věřit a na nic se nedá spoléhat. Jedinec má pocit, že není v jeho možnostech zvládat zátěžové situace. Pokud

bychom dali tyto výsledky do souvislosti s počtem bodů v dotazníku SOGS, můžeme si všimnout, že s ním mírně koreluje. Ti účastníci, kteří měli v tomto testu vyšší skóre, mají podprůměrné hodnoty v dotazníku SOC. Konkrétně se jedná o respondenta 1 (10 bodů v SOGS), respondenta 5 (17 bodů v SOGS) a respondenta 3 (13 bodů v SOGS). Daný předpoklad však nelze považovat za univerzální pravidlo, což dokazuje respondent 2, který v SOGS získal rovněž 13 bodů, avšak jeho výsledek v rámci dotazníku SOC se výrazněji neodchyluje od průměru. Jestliže se zaměříme na jednotlivé oblasti SOC, můžeme pozorovat nejvíce podprůměrných výsledků v kategorii „Srozumitelnost“ (3 respondenti tj. 42,86 %). Tento výsledek doplňuje výše zmíněný nedostatek SOC a potvrzuje vidění světa jako komplikovaného, neuspořádaného, nepřehledného a chaotického místa. Zároveň tyto výsledky souhlasí s výzkumem autorů Jaureguia, Onaindii a Estéveze (2017), kteří poukazují na to, že prostřednictvím hraní jedinci unikají do světa fantazie, a snaží se tak zablokovat nepříjemnou okolní realitu. Ve zbylých kategoriích „Zvládnutelnost“ a „Smysluplnost“ je skórovala větší část dotazovaných (4 tj. 57,14 %) průměrně.

O něco konkrétnější výsledky poskytuje dotazník SVF78, který zjišťuje využití konkrétních strategií zvládání stresu. V souladu s původními předpoklady využívá většina respondentů (71,43 %) negativní strategie více, než je běžné. U pozitivních strategií se ukázalo využití spíše nadprůměrné (42,86 %) či průměrné (28,57 %). Pod průměrem skórovali dva dotazovaní (28,57 %). Pokud se zaměříme na konkrétní copingové strategie, výrazně dominuje sebeobviňování u pěti ze sedmi participantů (71,43 %). Další negativní strategie, jako jsou úniková tendence, perseverace a rezignace, nadprůměrně zapojují tři dotazovaní (42,86 %). Zvýšenou tendenci vyhýbat se problému má opět 71,43 % účastníků. Tento výsledek zcela koresponduje s předpokládanými výsledky tohoto výzkumu. Z hlediska pozitivních strategií se nejvýrazněji odchyluje strategie odklonu. Tři respondenti (42,86 %) ji zapojují nadprůměrně, dva (28,57 %) podprůměrně a zbývající dva skórovali v průměrných hodnotách. Tato strategie, přestože se řadí mezi pozitivní, může být v samotném důsledku interpretována kladně i záporně, v závislosti na celkových výsledcích. Data získaná prostřednictvím tohoto dotazníku korespondují s výsledky Školotíkové (2016), která stejný nástroj využila na vzorku patologických hráčů v ústavní léčbě. Zmíněná autorka ve své diplomové práci uvádí jako převládající strategie rezignaci, únikovou tendenci a sebeobviňování, přičemž potvrzuje, že dotazovaní dávají přednost negativním strategiím.

Na popis výsledků pro jednotlivé respondenty navazuje krátká kazuistika jednoho z nich. Konkrétně byl vybrán respondent 3, a to na základě bodového skóre, které se výrazně odlišovalo od zbytku výzkumného souboru. Klient by zpětně identifikován ve spolupráci s pracovníky adiktologické ambulance a ke zpracování kazuistiky byly využity údaje v jeho dokumentace. Ačkoliv není takto kazuistika příliš rozsáhlá a nezabývá se detailně například dětstvím klienta, domnívám

se, že vhodně ilustruje souvislost mezi zátěžovými situacemi a počátkem i trváním hazardního hraní. V tomto konkrétním případě začal dotazovaný hrát v důsledku stresu, spojeného s rozpadem manželství, se kterým nebyl schopen se vypořádat jiným způsobem.

Přestože výzkumný soubor není nikterak rozsáhlý, a jeho vypovídací hodnota je touto skutečností snížena, svým způsobem doplňuje řadu předešlých výzkumů zaměřujících se na obdobnou problematiku. Výsledky mohou napomoci budoucí práci s touto klientelou, jelikož poukazují na fakt, že patologičtí hráči se se zátěžovými situacemi vypořádávají odlišně než většinová populace. Neefektivní copingové strategie, a tím pádem špatné zvládnání stresu, mohou být jednou z příčin, proč se jedinec k hazardnímu hraní uchýlí. Jak již bylo naznačeno ve výše uvedených výzkumech, hraní poskytuje únik od chaotického okolního světa a nepříjemných situací, které se k němu váží. Zároveň však další problémy způsobuje, a daný jedinec se tak dostává do „začarovaného kruhu“. Nácvik vhodných strategií zvládnání stresu by mu mohl pomoci z tohoto cyklu vystoupit. K potvrzení či vyvrácení výše uvedených poznatků by bylo vhodné uskutečnit rozsáhlejší studii, která by zahrnovala patologické hráče z celého spektra služeb jim určených. Obdobně zaměřená studie nebyla v tomto měřítku v České republice doposud realizována.

13. Závěr

Cílem této práce bylo zmapovat, jakým způsobem zvládají patologičtí hráči zátěžové situace, jaké konkrétní strategie zvládání stresu využívají a jak se tyto vzorce liší od obecné populace. Předpokládaným výsledkem bylo nadměrné využívání negativních způsobů zvládání stresu, zejména vyhýbání se problému, a nedostatečné zapojení copingových strategií zaměřených na řešení problému.

Získané výsledky původní předpoklady potvrzují a rovněž navazují na předchozí výzkumy. Ukázalo se, že většina participantů má sníženou důvěru v okolní svět a vnímají ho jako chaotické a nepředvídatelné místo. Ve stresových situacích mají tendenci nadměrně využívat negativní strategie jako je sebeobviňování, rezignace a perseverace v porovnání s obecnou populací. Také výsledky v oblasti vyhýbání problému dosahují nadprůměrných hodnot u většiny dotazovaných. Co se týče pozitivních strategií, respondenti je využívají spíše průměrně, někteří mírně nadprůměrně. Avšak co se týče samotného řešení problému či kontroly situace, objevuje se i několik podprůměrných výsledků. V rámci interpretace dat u jednotlivých respondentů se ukázala vzájemná souvislost dotazníků SOC a SVF78. Ti dotazovaní, kteří měli nižší bodové skóre v prvním uvedeném dotazníku, rovněž vykazovali větší využití negativních copingových strategií. Celkový kontext dokresluje krátká kazuistika jednoho z respondentů, která poukazuje na souvislost zátěžových životních situací a intenzity hazardního hraní. Jak bylo již nastíněno v předešlé diskuzi, k potvrzení či vyvrácení těchto poznatků by bylo vhodné realizovat rozsáhlejší studii na reprezentativním vzorku patologických hráčů.

14. Seznam použité literatury

- Atkinson, R. L. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- Bergevin, T., Gupta, R., Derevensky, J., & Kauffman, F. (2006) Adolescent Gambling: Understanding the Role of Stress and Coping. *Journal of Gambling Studies* [online]. 22(2). pp. 195-208 [cit. 2017-03-02]. Retrieved from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10899-006-9010-z>
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem gambling and pathological gambling. *Addiction*. 97(5). 487-499.
- Drbohlavová, B., Špolc, M., Tion Leštinová, Z., Grohmannová, K. & Mravčík, V. (2015). Socioekonomické souvislosti hazardního hraní. *Adiktologie*, 15(4). 376-386.
- Elman, I., Tschibelu, E., Borsook, D. (2009). Psychosocial Stress and Its Relationship to Gambling Urges in Individuals with Patological Gambling. *The American Journal on Addictions* [online]. 19. pp. 332-339 [cit. 2017-03-08]. Retrieved from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=67468d01-efbf-43bb-a9a3-ab715ac7ec83%40sessionmgr4007&vid=5&hid=4206>
- Farrelly, S., Ffrench, Ch., Ogeil, R.P., & Phillips, J.G. (2007). Coping Strategies and Problem Gambling. *Behaviour Change*. 24(1). pp. 14-24 [cit. 2017-03-02]. Retrieved from: <https://www.cambridge.org/core/journals/behaviour-change/article/div-classtitlecoping-strategies-and-problem-dvou-gamblingdiv/B065FB2814D068D83D3AA57F4CBF7D81>
- Folkman, S. Lazarus, R. S., Gruen, R. J., Delongis, A. (1986) Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3). 571-579.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). *Ways of coping questionnaire. Permission set, manual, test booklet and scoring key*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Hart, J., Schwabach, J. A. & Solomon, S. (2010). Going for broke: mortality salience increases risky decision making on the Iowa gambling task. *Br. J. Soc. Psychol.*, 49(2). 425-432. doi: 10.1348/014466610x485465.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace (4. vyd.)*. Praha: Portál.
- Hendl, J., Remr, J. (2017). *Metody výzkumu a evaluace (1. vyd.)*. Praha: Portál.
- Janke, W. & Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládání stresu*. Praha: Testcentrum.
- Jauregui, P., Onaindia, J., Estévez, A. (2017). Adaptive and Maladaptive Coping Strategies in Adult Pathological Gamblers and Their Mediating Role with Anxious-Depressive Symptomatology. *Journal of Gambling Studies* [online]. pp. 1-17 [cit. 2017-03-13]. Retrieved from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8a63f33a-f06a-4f0f-814a-349f8ab37269%40sessionmgr120&vid=4&hid=125>
- Jurystová, L. (2011). Dotazník na patologické hráčství „The South Oaks Gambling Screen“ (SOGS). www.adiktologie.cz [online]. [cit. 2016-08-20] <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2973/Dotaznik-na-patologicke-hracstvi-The-South-Oaks-Gambling-Screen-SOGS->

- Joshi, V. (2007). *Stres a zdraví (1. vyd.)*. Praha: Portál
- Koukola, B. (2000). *Psychická odolnost středoškoláků měřená dotazníkem SOC*. Pedagogika, L (2), 173-180.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum.
- Knezovič, M. (1999). *Kapesní anglicko-český, česko-anglický slovník: Gramatika, fráze (2. vyd.)*. Havlíčkův Brod: Fragment.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and coping proces*. New York: McGraw-Hill.
- Licehammerová, Š. (2015). Problematika gamblingu: Metasyntéza kvalitativních výzkumů z roku 1988-2015. *Adiktologie*, 15(2). 138-149.
- Lightsey, O. R. & Hulse, C. D. (2002). Impulsivity, Coping, Stress and Problem Gambling Among University Students. *Journal of Counseling Psychology* [online]. 42(2). 202-211 [cit. 2017-03-08]. Retrieved from: <http://sfx.is.cuni.cz/sfxlcl3?genre=article&issn=00220167&title=Journal%20of%20Counseling%20Psychology&volume=49&issue=2&date=20020401&atitle=Impulsivity%2C%20Coping%2C%20Stress%2C%20and%20Problem%20Gambling%20Among%20University%20Students.&page=202&sid=EBSCO:bsu&pid=#>
- Maierová, E. & Charvát, M. (2015). Léčení patologičtí hráči z pohledu inventáře stylů a poruch osobnosti. *Adiktologie*, 15(4). 342-352.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing.
- MKN-10. (2008). Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 4.2014. World Health Organization. Geneva. Retrieved from: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>
- Mravčík, V., Černý, J., Roznerová, T., Licehammerová, Š. & Tion Leštinová, Z. (2015a). Charakteristiky problémových hráčů v ČR: Průřezová dotazníková studie. *Adiktologie*, 15(4). 322-333.
- Mravčík, V., Nechanská, B., Roznerová, T., Chomynová, P., Tion Leštinová, Z. (2015b). Sebevražednost problémových hráčů v kontextu psychiatrické komorbidity: kohortová studie mortality. *Adiktologie*, 15(4). 354-364.
- Mravčík, V., Rous, Z., Tion Leštinová, Z., Drbohlavová, B., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B. & Vlach, T. (2016). *Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie (2. vyd.)*. Praha: Academia
- Nakonečný, M. (2013). *Lexikon psychologie (2. vyd.)*. Praha: nakladatelství Vodnář.
- Nešpor, K. (2011a). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. (4. vyd.). Praha: Portál
- Nešpor, K. (2011b). *Jak překonat hazard: Prevence, krátká intervence a léčba (1. vyd.)*. Praha: Portál

- Nower, L., Derevensky, J. L. & Gupta, R. (2004). The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping and substance use in youth gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*. 18(1). 49-55. DOI: 10.1037/0893-164X.18.1.49
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti* (1. vyd.). Praha: Grada.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P. & Ptáček, R. (2015) *DSM-5®: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (1. vyd.). Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Roznerová, T. & Mravčík, V. (2015). Hazardní hráčství a jeho dopady – kvalitativní výzkum patologických hráčů. *Adiktologie*, 15(4). 334-341.
- Selye, H. (1966). *Život a stres* (1. vyd.). Bratislava: Obzor.
- Schreiber, V. (2000). *Lidský stres* (2. vyd.). Praha: Academia.
- Slecza, P., Braun, B., Grüne, B., Bühringer, G. & Kraus, L. (2016). Proactive coping and gambling disorder among young men. *Journal of Behavioral Addictions* [online]. 5(4). 639-648 [cit. 2017-03-13]. Retrieved from: <http://www.akademai.com/doi/abs/10.1556/2006.5.2016.080>
- Šťastná, L. (2013) Adiktologická ambulance [online]. In *Adiktologie.cz*. [cit. 2017-07-05]. Retrieved from: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/629/4358/Adiktologicka-ambulance>
- Školotíková, M. (2016). *Strategie zvládání stresu v kontextu hráčských kariér u léčených patologických hráčů*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vacek, J. (2014). *Identifikace a řešení rizik spojených s hraním hazardních her: Příručka pro obce a jejich zastupitele*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Wood, R. T. A., Griffiths, M. D. (2007). A qualitative investigation of problem gambling as an escape-based coping strategy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* [online]. 80. 107-125 [cit. 2017-03-13]. Retrieved from: http://download.springer.com/static/pdf/900/art%253A10.1007%252Fs10899-017-9675-5.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10899-017-9675-5&token2=exp=1488974950~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F900%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10899-017-9675-5.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs10899-017-9675-5*~hmac=0c84b1e3584826e6ede20a7281409b779101dc4738d8667d3538311377a0709d

15. Přílohy

Příloha č. 1:

INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Téma výzkumu:

Zvládání stresu u patologických hráčů v ambulantní léčbě

Diplomová práce 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Řešitel: Bc. Karolína Tauchmanová

Souhlasím se svou účastí ve výzkumu „Zvládání stresu u patologických hráčů v ambulantní léčbě“, který realizuje výše uvedený řešitel.

Byl/a jsem informována o výzkumu, dobře mu rozumím a souhlasím s:

☐ účastí ve výzkumu

☐ zpracováním mnou uvedených údajů, poskytnutých ve formě dotazníku

Obdržel/a jsem písemnou informaci pro účastníka výzkumu. Tazatel mi srozumitelně a dostatečně odpověděl na všechny mé otázky ohledně realizace výzkumu a zapojení mé osoby.

Svůj souhlas s účastí ve výzkumu dávám dobrovolně. Víím, že svůj souhlas mohu kdykoliv zrušit bez udání důvodu, a že mi z toho nevznikne žádná újma.

Beru na vědomí, že informace, které poskytnu tazateli, budou uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Byl/a jsem informován/a, že se žádostí o získání dalších informací o studii se mohu obrátit na vedoucího Adiktologické ambulance, Mgr. Lenku Šťastnou Ph.D. na adresu Apolinářská 4, Praha 2, nebo e-mail lenka.stastna@vfn.cz. Na vedoucího uvedeného zařízení mohu směřovat i veškeré stížnosti.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve 2 stejnopisech, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu a jeden tazatel. Tazatelův stejnopis se poté stane součástí dokumentace účastníka, vedené pracovníky Adiktologické ambulance.

V _____ dne _____

V _____ dne _____

podpis účastníka výzkumu

podpis tazatele – řešitele

Příloha č. 2:

Anamnestický dotazník

1. Pohlaví
☐ Žena ☐ Muž
2. Věk: _____ let
3. Rodinný stav
☐ Svobodný/á
☐ Ženatý/ vdaná
☐ Rozvedený/á
☐ Ovdovělý/á
4. S kým sdílíte společnou domácnost?
5. Dokončené vzdělání
☐ Základní vzdělání
☐ Střední vzdělání bez maturity
☐ Střední vzdělání s maturitou
☐ Vyšší odborné vzdělání
☐ Vysokoškolské vzdělání
6. Ekonomická aktivita
☐ Zaměstnaný
☐ Nezaměstnaný
☐ Student, učeň
☐ Nepracující důchodce
☐ V domácnosti
☐ Osoba samostatně výdělečně činná (živnostník)
☐ Brigáda (DPP, DPČ apod.)
☐ Jiné: _____
7. Zaměstnání: _____
8. Jak dlouho se již provozujete hraní o peníze?
_____ let _____ měsíců
9. Jak často jste hrál/a hry o peníze v posledních 12ti měsících?
☐ 1 krát za měsíc nebo méně
☐ 2-4 krát měsíčně
☐ 2-3 krát týdně
☐ 4-5 krát týdně
☐ 6 a vícekrát týdně

10. Obvyklý čas, který jste strávil/a hraním v obvyklý den, kdy jste hrál/a (za poslední rok):
_____ hodin
11. Jak často se v posledním roce stávalo, že jste při jedné návštěvě nebo tahu prosázel/a více, než jste chtěl/a:
- ☐ Téměř vždy
 - ☐ Celkem často
 - ☐ Občas
 - ☐ Nikdy
12. Zadlužil/a jste se v důsledku Vašeho hraní?
- ☐ Ano
 - ☐ Ne
13. Jaká je odhadovaná výše Vašeho dluhu?
- ☐ Nemám dluhy
 - ☐ Méně než 50 000 Kč
 - ☐ 50 001 – 100 000 Kč
 - ☐ 100 001 – 250 000 Kč
 - ☐ 250 001 – 500 000 Kč
 - ☐ Více než 500 000 Kč
 - ☐ Neznám výši svého dluhu
14. Jaký je hlavní zdroj finančních prostředků, které investujete do hraní?
- ☐ Legální práce
 - ☐ Práce na černo
 - ☐ Bankovní půjčky
 - ☐ Nebankovní půjčky (Provident apod.)
 - ☐ Půjčky od blízkých osob
 - ☐ Prodej osobního majetku
 - ☐ Kriminální činnost
 - ☐ Jiné zdroje: _____
15. Jaké návykové látky jste užíval/a v posledním roce?
- ☐ Alkohol
 - ☐ Tabák
 - ☐ Konopné drogy
 - ☐ Pervitin, amfetamin, kokain
 - ☐ Heroin či jiné opiáty
 - ☐ Halucinogeny
 - ☐ Jiné: _____
16. Užíváte nějaké návykové látky v průběhu hraní? Pokud ano, jaké?
- ☐ Ano _____
 - ☐ Ne
17. Je toto Vaše první léčba?

☐ Ano ☐ Ne

18. Kolikrát jste se již pokusil/a o abstinenci?

19. Jak dlouho abstinence trvala, pokud sečtete všechna jednotlivá období?

20. Byl/a jste někdy psychiatricky léčen/a? Pokud ano, s jakými obtížemi?

☐ Ano _____

☐ Ne

Dotazník na patologické hráčství „South Oaks Gambling Screen“

Lesieur, H. & Blume, S. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gambling. American Journal of Psychiatry, 144(9), 1184-1188.

1. Označte prosím, který z následujících druhů hry jste ve svém životě provozoval.
U každého typu si vyberte možnost „vůbec“, „méně než 1x týdně“ nebo „1x týdně a více“.

a) hraní karet pro peníze:	<input type="checkbox"/> vůbec	<input type="checkbox"/> méně než 1x týdně	<input type="checkbox"/> 1x týdně a více
b) sázky na koně, psi dostihy nebo jiná zvířata:	<input type="checkbox"/> vůbec	<input type="checkbox"/> méně než 1x týdně	<input type="checkbox"/> 1x týdně a více
c) sázky na sportovní výsledky:	<input type="checkbox"/> vůbec	<input type="checkbox"/> méně než 1x týdně	<input type="checkbox"/> 1x týdně a více
d) hra s kostkami o peníze:	<input type="checkbox"/> vůbec	<input type="checkbox"/> méně než 1x týdně	<input type="checkbox"/> 1x týdně a více
e) hra v kasinu:	<input type="checkbox"/> vůbec	<input type="checkbox"/> méně než 1x týdně	<input type="checkbox"/> 1x týdně a více
f) loterie, sázení čísel:	<input type="checkbox"/> vůbec	<input type="checkbox"/> méně než 1x týdně	<input type="checkbox"/> 1x týdně a více
g) bingo pro peníze:	<input type="checkbox"/> vůbec	<input type="checkbox"/> méně než 1x týdně	<input type="checkbox"/> 1x týdně a více
h) hra na burze, trhu s komoditami apod.:	<input type="checkbox"/> vůbec	<input type="checkbox"/> méně než 1x týdně	<input type="checkbox"/> 1x týdně a více
i) tzv. výherní automaty, pokrové automaty a jiné přístroje na hazardní hru:	<input type="checkbox"/> vůbec	<input type="checkbox"/> méně než 1x týdně	<input type="checkbox"/> 1x týdně a více
j) kuželky, střelba, golf nebo jiná hra, vyžadující dovednost pro peníze:	<input type="checkbox"/> vůbec	<input type="checkbox"/> méně než 1x týdně	<input type="checkbox"/> 1x týdně a více
k) jiné hry pracující s papírem než jsou uvedeny výše:	<input type="checkbox"/> vůbec	<input type="checkbox"/> méně než 1x týdně	<input type="checkbox"/> 1x týdně a více
l) jiná forma hry než ty, které jsou uvedeny výše: (upřesněte prosím jaká)	<input type="checkbox"/> vůbec	<input type="checkbox"/> méně než 1x týdně	<input type="checkbox"/> 1x týdně a více

2. S jakým největším počtem peněz jste hrál v jediném dni?
- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| do 10 Kč | <input type="checkbox"/> |
| více než 10 a méně než 100 Kč | <input type="checkbox"/> |
| více než 100 a méně než 1000 Kč | <input type="checkbox"/> |
| více než 1000 a méně než 10 000 Kč | <input type="checkbox"/> |
| více než 10 000 a méně než 100 000 Kč | <input type="checkbox"/> |
| více než 100 000 Kč | <input type="checkbox"/> |

3. Zaškrtněte ty lidi ve svém životě, kteří mají nebo měli problém s hrou?
- Otec nebo matka ☐
- Manželka nebo partner ☐
- Bratr nebo sestra ☐
- Dítě ☐
- Prarodič ☐
- Jiný příbuzný ☐
- Přítel, nebo někdo jiný, významný v mém životě ☐
4. Když hrajete, jak často se vracíte zpátky druhý den, abyste nazpět vyhrál peníze, které jste prohrál?
- Nikdy ☐
- Někdy (méně než v polovině případů, kdy prohrájí) ☐
- Většinou, když prohrájí ☐
- Pokaždé, když prohrájí ☐
5. Stalo se někdy, že jste tvrdili, že jste vyhrál, ale nebylo to tak, vlastně jste prohrál?
- Nikdy (nebo jsme nikdy hazardně nehráli) ☐
- Ano, méně než v polovině případů, kdy jsem prohrál ☐
- Ano, většinou ☐
6. Měl jste někdy pocit, že Vám hra působí problémy?
- Ne ☐
- Ano ☐
- V minulosti, ale ne nyní ☐
7. Hrál jste někdy víc, než jste chtěl?
- Ano ☐
- Ne ☐
8. Kritizovali lidé někdy Vaši hru nebo Vám říkali, že máte s hrou problém, ať už jste jim dal za pravdu nebo ne?
- Ano ☐
- Ne ☐
9. Cítili jste se někdy provinile kvůli hře nebo kvůli tomu, co se během hry stalo?
- Ano ☐
- Ne ☐

10. Cítil jste někdy, že chcete s hrou přestat, ale měl jste dojem, že to nedokážete?
 Ano ☐
 Ne ☐
11. Stalo se někdy, že jste ukryval tikety, sázenky, vyhrané peníze nebo jiné známky hry před manželkou, dětmi nebo jinými lidmi, kteří jsou pro Vás důležití?
 Ano ☐
 Ne ☐
12. Pohádal jste se někdy s lidmi, s nimiž žijete, kvůli způsobu, jakým nakládáte s penězi?
 Ano ☐
 Ne ☐
13. Jestliže jste odpověděl na otázku 12 kladně: Týkaly se hádky kvůli penězům, někdy hry?
 Ano ☐
 Ne ☐
14. Půjčil jste si někdy od někoho a peníze jste mu nevrátil kvůli hře?
 Ano ☐
 Ne ☐
15. Zameškal jste někdy práci nebo školu kvůli hře?
 Ano ☐
 Ne ☐
16. Jestliže jste si na hru nebo na placení dluhů kvůli hře půjčil, od koho, nebo kde jste si vypůjčil?
 (Zaškrtněte „ANO“ nebo „NE“ u každého bodu)
- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| a) z peněz na domácnost | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| b) od manžela nebo manželky | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| c) od jiných příbuzných ze strany manželky | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| d) od bank, spořitelén nebo kreditních společností | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| e) z kreditní karty | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| f) od lichvářů | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| g) prodal jste akcie, obligace nebo jiné listiny | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| h) prodal jste osobní nebo rodinný majetek | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| i) půjčil jste si z vlastního konta (zaplatil jste nekrytým šekem) | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| j) máte možnost půjčit si u sázkaře | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| k) máte možnost půjčit si v kasinu | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |

Příloha č. 4:

Dotazník „Sense of Coherence“ (SOC)

Instrukce: V následujícím dotazníku je uvedena řada možností, jak se člověk cítí a jedná za různých okolností. Každý z nás se dovede podle svého uvážení zařadit někam mezi obě krajní možnosti, popřípadě ho krajní možnost vystihne. **Zakroužkujte prosím vždy to číslo, které Vás dle uvážení nejlépe charakterizuje.** Hodnoty 1 a 7 odpovídají krajním možnostem. Hodnota 4 značí nerozhodnost v dané otázce.

1. Když mluvíte s lidmi, máte pocit, že Vám nerozumějí?

Nemám ho nikdy...1 2 3 4 5 6 7...Mám ho vždy

2. Když jste v minulosti měl/a dělat něco, kde spolupráce s druhými lidmi byla nezbytná, měl/a jste pocit:

Že to jistě nebude uděláno...1 2 3 4 5 6 7...Že to jistě bude uděláno

3. Jak dobře a dokonale znáte lidi, s nimiž denně přicházíte do styku (mimo členy vlastní rodiny)?

Mám pocit, že jsou mi cizí...1 2 3 4 5 6 7...Znám je velmi dobře

4. Máte pocit, že se v podstatě moc nezajímáte o to, co se děje kolem Vás?

Tento pocit mám velmi zřídka...1 2 3 4 5 6 7...Mám jej často

5. Stalo se v minulosti, že jste byl/a překvapen/a chováním lidí, o nichž jste se domníval/a, že je dobře znáte?

Nikdy se to nestalo...1 2 3 4 5 6 7... Tak tomu bylo vždy

6. Stalo se Vám, že Vás zklamali lidé, jimž jste důvěřoval/a a s nimiž jste počítal/a?

Nikdy se to nestalo...1 2 3 4 5 6 7... Tak tomu bylo vždy

7. Život je v své podstatě:

Velice zajímavý...1 2 3 4 5 6 7...Jen běžná a rutinní záležitost

8. Váš život doposud:

Neměl jasný smysl a cíl...1 2 3 4 5 6 7...Měl vždy jasný smysl

9. Máte pocit, že se s Vámi zachází nespravedlivě?

Velmi často...1 2 3 4 5 6 7...Velmi zřídka nebo nikdy

10. V posledních deseti letech Váš život byl:

Plný změn, kdy jste nikdy nevěděl/a, co se bude dít dál...1 2 3 4 5 6 7...Plynul pořád stejně dál ve stále shodě a pohodě

11. Většina věcí, které v budoucnu budete dělat, bude:

Vzrušujících...1 2 3 4 5 6 7...Velice nudných

12. Máte někdy pocit, že jste v neobvyklé situaci a nevíte dost dobře, co dělat?

Mám tento pocit velmi často...1 2 3 4 5 6 7...Tento pocit mám velmi zřídka nebo nikdy

13. Co lépe vystihne, jak Vy sám (sama) vidíte svůj vlastní život:

Člověk může najít vždy řešení těžkých životních situací...1 2 3 4 5 6 7...Neexistuje žádné řešení těžkých životních situací

14. Když myslíte na svůj život, pak velmi často:

Cítím, jak je dobré, že můžu žít...1 2 3 4 5 6 7...Ptám se sám (sama) sebe, proč vlastně žiju

15. Když stojíte před obtížným problémem, pak jeho řešení se Vám zdá:

Vždy nejasné a těžko se hledá...1 2 3 4 5 6 7...Vždy zcela jasné

16. Když máte dělat to, co děláte každý den, je to pro Vás:

Zdrojem hluboké radosti a uspokojení...1 2 3 4 5 6 7...Zdrojem utrpení a nudy

17. Váš budoucí život bude pravděpodobně:

Plný změn, kdy sám (sama) ani nebudete dobře vědět, co se bude dít...1 2 3 4 5 6 7...Plynout souvisle a vše bude jasné

18. Když se Vám v minulosti stalo něco nemilého, pak Vaše snaha byla:

„Užírat“ se a trápit se nad tím...1 2 3 4 5 6 7...Říci si: „ano, stalo se to, nedá se nic dělat, musím prostě s tím žít a jde se dál“

19. Míváte nejasné představy a smíšené pocity?

Velmi často je mám...1 2 3 4 5 6 7...Mám je velmi zřídka nebo nikdy

20. Když děláte něco, co Vám dává dobrý pocit, jste si jistý/á:

Že se tak dobře budete cítit i nadále...1 2 3 4 5 6 7...Že se stane něco, co Vám tento dobrý pocit pokazí

21. Stává se Vám, že máte pocity, které byste raději neměl/a?

Velmi často...1 2 3 4 5 6 7...Velmi zřídka nebo nikdy

22. Očekáváte, že Váš budoucí život:

Bude neúčelný a zcela bezesmyslný...1 2 3 4 5 6 7...Bude mít dobrý smysl, cíl a účel

23. Domníváte se, že vždy budou lidé, na něž se budete moci spolehnout?

Jsem si jist/a, že zde takoví lidé budou...1 2 3 4 5 6 7...Pochybuji, že zde budou takoví lidé

24. Stane se Vám, že máte pocit, že nevíte dost dobře, co se bude dít dál?

Velmi často se mi to stane...1 2 3 4 5 6 7...Stává se mi to velmi zřídka nebo nikdy

25. Mnozí lidé (i ti co mají pevný charakter) se někdy cítí poražení a smutní. Jak často jste se takto cítil/a v minulosti Vy?

Nikdy...1 2 3 4 5 6 7...Velmi často

26. Když se někdy něco nepříjemného stalo, zjistil/a jste obvykle:

Že jste buď podcenil/a nebo přecenil/a důležitost toho, co se dělo...1 2 3 4 5 6 7...Že jste viděl/a věci správně

27. Když pomyslíte na obtíže, s nimiž se setkáte v důležitých úsecích svého dalšího života, máte pocit:

Že vždy nad obtížemi zvítězíte a krize zvládnete...1 2 3 4 5 6 7...Obtíže nezvládnete a nezvítězíte nad nimi

28. Jak často máte pocit, že to co děláte ve svém běžném životě, nemá žádný smysl:

Tento pocit mám velmi často...1 2 3 4 5 6 7...Tento pocit mám zřídka nebo nikdy

29. Jak často máte pocit, že si nejste zcela jist/a, zda se dokonale ovládáte?

Tento pocit mám často...1 2 3 4 5 6 7...Tento pocit mám zřídka nebo nikdy

30. Zkontroloval/a jsem, že jsem zodpověděl/a všechny položky: ANO / NE

Místo pro Vaše poznámky:

Příloha č. 5:

DOTAZNÍK

SVF 78

Wilhelm Janke, Gisela Erdmannová

Jméno:

Věk: Pohlaví: ☐ muž ☐ žena

Povolání:

Datum:

Pokyny ke zpracování dotazníku:

Dotazník obsahuje řadu výroků – způsobů, jak člověk může reagovat v situacích, kdy je něčím (někým) poškozen, nebo vnitřně rozrušen, nebo vyveden z míry.

Přečtěte si, prosím, každý výrok a uveďte, nakolik odpovídá Vašemu způsobu reagování. Svou odpověď označte přeškrtnutím (křížkem **X**) zvoleného čísla na škále od **0 (vůbec ne)**, po **4 (velmi pravděpodobně)**:

vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
0	1	2	3	4

Příklad:

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a)
/ nebo vyveden(a) z míry ...

... zajdu navštívit dobré přátele nebo známé

vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
0	1	2	X	4

V tomto případě je označeno číslo **3 (pravděpodobně)**. To znamená, že „navštívit dobré přátele nebo známé“ pravděpodobně odpovídá Vašemu způsobu reagování v této situaci.

Nevynechejte, prosím, žádný z uvedených výroků a při váhání se přikloňte vždy k vyjádření, které Vás nejlépe vystihuje.

Pokud omylem označíte jinou odpověď a chcete se opravit, označte křížkem **X** správnou odpověď a navíc ji i výrazně podtrhněte.

Pracujte plynule, ale pečlivě; nezdržujte se příliš u jednotlivých výroků. Ověřte prosím, zda jste vyplnil(a) údaje o Vás a začněte vyplňovat dotazník.

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a) / nebo vyveden(a) z míry	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
1) ... snažím se soustředit své myšlenky na něco jiného	0	1	2	3	4
2) ... řeknu si, že se nenechám vyvést z míry	0	1	2	3	4
3) ... snažím se, aby mě při řešení podpořil někdo jiný	0	1	2	3	4
4) ... cítím se nějak bezmocný(-á)	0	1	2	3	4
5) ... řeknu si, že si nemám co vyčítat	0	1	2	3	4
6) ... nemohu dlouhou dobu myslet na nic jiného	0	1	2	3	4
7) ... ptám se, co jsem už zase udělal(a) špatně	0	1	2	3	4
8) ... promyslím přesně své další jednání	0	1	2	3	4
9) ... chce se mi od toho utéct	0	1	2	3	4
10) ... řeknu si, že to vydržím	0	1	2	3	4
11) ... přemyslím, jak se příště dostat do podobné situace	0	1	2	3	4
12) ... vyrovnám se s tím rychleji než ostatní	0	1	2	3	4
13) ... snažím se ujasnit si všechny detaily situace	0	1	2	3	4
14) ... přejdu k nějaké jiné činnosti	0	1	2	3	4
15) ... požádám někoho o radu, jak bych měl(a) postupovat	0	1	2	3	4
16) ... dám si něco dobrého k jídlu, něco co mám opravdu rád	0	1	2	3	4
17) ... pak o tom znovu a znovu přemyslím	0	1	2	3	4
18) ... řeknu si: „co nejrychleji pryč od toho“	0	1	2	3	4
19) ... mám špatné svědomí	0	1	2	3	4
20) ... řeknu si: „musíš se sebrat“	0	1	2	3	4
21) ... řeknu si, že si přece nemusím dělat výčitky svědomí	0	1	2	3	4
22) ... příště se takovým situacím hned při prvních náznacích vyhnu	0	1	2	3	4
23) ... mám tendenci hned ustoupit	0	1	2	3	4
24) ... jsem sám (sama) se sebou nespokojen(a)	0	1	2	3	4
25) ... podívám se na nějaký pěkný film	0	1	2	3	4
26) ... pomyslím si: „nedám se odradit“	0	1	2	3	4
27) ... musím o tom s někým mluvit	0	1	2	3	4

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a) / nebo vyveden(a) z míry	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
28) ... přepadají mne myšlenky na útěk	0	1	2	3	4
29) ... udělám vše, abych odstranil(a) příčinu	0	1	2	3	4
30) ... jsem rád(a), že nejsem tak přecitlivělý(-á) jako druzí	0	1	2	3	4
31) ... zabývám se pak touto situací ještě dlouho	0	1	2	3	4
32) ... dělám něco, co mě od toho odvádí	0	1	2	3	4
33) ... umím si, že se příště takovým situacím vyhnu	0	1	2	3	4
34) ... snažím se potlačit své rozrušení	0	1	2	3	4
35) ... řeknu si, že já za to nemohu	0	1	2	3	4
36) ... řeknu si, že druzí by to tak snadno nestrávili	0	1	2	3	4
37) ... dělám si výčitky	0	1	2	3	4
38) ... řeknu si: „nesmíš to v žádném případě vzdát“	0	1	2	3	4
39) ... nevím, jak mohu takové situaci čelit	0	1	2	3	4
40) ... udělám něco příjemného pro sebe	0	1	2	3	4
41) ... pouze si přeji, abych z této situace co nejrychleji vyvázl(a)	0	1	2	3	4
42) ... požádám někoho o pomoc	0	1	2	3	4
43) ... vytvořím si plán, jak mohu tyto nesnáze odstranit	0	1	2	3	4
44) ... myslím si, že za to já odpovědný nejsem	0	1	2	3	4
45) ... říkám si: „jen se nenechat odradit“	0	1	2	3	4
46) ... myslím si, že bych se nechtěl(a) v budoucnu dostat do takové situace	0	1	2	3	4
47) ... nejde mně ta situace dlouho z hlavy	0	1	2	3	4
48) ... snažím se zachovat si pevný postoj	0	1	2	3	4
49) ... všechno se mně zdá tak beznadějně	0	1	2	3	4
50) ... vrhnu se do práce	0	1	2	3	4
51) ... řeknu si, že to nakonec byla moje chyba	0	1	2	3	4
52) ... lépe se kontrolojuji než druzí v téže situaci	0	1	2	3	4
53) ... koupím si něco, co už jsem dlouho chtěl(a) mít	0	1	2	3	4
54) ... obvykle se mně všechno zdá nesmyslné	0	1	2	3	4

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a) / nebo vyveden(a) z míry	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
55) ... ujasním si, že je v mých silách situaci zvládnout	0	1	2	3	4
56) ... myslím si, že na tom nenesu žádnou vinu	0	1	2	3	4
57) ... potřebuji k tomu slyšet názor někoho jiného	0	1	2	3	4
58) ... snažím se kontrolovat své chování	0	1	2	3	4
59) ... pokouším se vymanit se ze vzniklé situace	0	1	2	3	4
60) ... v myšlenkách si pak situaci znovu a znovu přehrávám	0	1	2	3	4
61) ... aktivně se snažím situaci změnit	0	1	2	3	4
62) ... řeknu si: „dokážeš se s tím vypořádat“	0	1	2	3	4
63) ... přece se zase uklidním rychleji než ostatní	0	1	2	3	4
64) ... dbám na to, aby příště k takovým situacím vůbec nedocházelo	0	1	2	3	4
65) ... hledám něco, co by mě mohlo potěšit	0	1	2	3	4
66) ... snažím se od toho odpoutat pozornost	0	1	2	3	4
67) ... hledám vinu sám (sama) u sebe	0	1	2	3	4
68) ... snažím se s někým o problému hovořit	0	1	2	3	4
69) ... prostě se pak nemohu zbavit myšlenek na tuto situaci	0	1	2	3	4
70) ... myslím si, že k tomu nedošlo mou vinou	0	1	2	3	4
71) ... řeknu si, že se nesmím nechat rozhodit	0	1	2	3	4
72) ... splním si nějaké dlouho vytoužené přání	0	1	2	3	4
73) ... beru to lehčeji než jiní ve stejné situaci	0	1	2	3	4
74) ... nějak se od toho odpoutám	0	1	2	3	4
75) ... mám sklon rezignovat	0	1	2	3	4
76) ... snažím se přesně si ujasnit důvody, které k situaci vedly	0	1	2	3	4
77) ... uvažuji, jak se mohu příště vyhnout takovým situacím	0	1	2	3	4
78) ... nejraději bych od toho jednoduše utekl(a)	0	1	2	3	4

VYHODNOCOVACÍ LIST

SVF 78

Wilhelm Janke, Gisela Erdmannová

Jméno: Pohlaví: ☐ muž ☐ žena Věk:

Povolání: Datum:

1 Podhodnocení	2 Odmítání viny	3 Odklon	4 Náhradní uspokojení	5 Kontrola situace	6 Kontrola reakcí	7 Pozitivní sebeinstrukce	8 Potřeba sociální opory	9 Vyhýbání se	10 Úniková tendence	11 Perseverace	12 Rezignace	13 Sebeobviňování
12	05	01	16	08	02	10	03	11	09	06	04	07
30	21	14	25	13	20	26	15	22	18	17	23	19
36	35	32	40	29	34	38	27	33	28	31	39	24
52	44	50	53	43	48	45	42	46	41	47	49	37
63	56	66	65	61	58	55	57	64	59	60	54	51
73	70	74	72	76	71	62	68	77	78	69	75	67
Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem

NEG Negativní strategie: celkem subtest 10, 11, 12, 13 = : 4 =

POZ Pozitivní strategie: celkem subtest 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 = : 7 =		
POZ 1: celkem subtest 1, 2 = : 2 =	POZ 2: celkem subtest 3, 4 = : 2 =	POZ 3: celkem subtest 5, 6, 7 = : 3 =

Objednací číslo: 124-3
© Testcentrum, Praha 2003

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Informovaný souhlas účastníka výzkumu	73
Příloha č. 2: Anamnestický dotazník	74
Příloha č. 3: Dotazník na patologické hráčství „South Gambling Oaks Screen“	77
Příloha č. 4: Dotazník „Sense of Coherence“	80
Příloha č. 5: Dotazník SVF78	83

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Porovnání primární problémové hry v letech 2013 a 2015	13
Tabulka č. 2: Pohlaví věk a rodinný stav.....	34
Tabulka č. 3: Vzdělání a zaměstnání.....	34
Tabulka č. 4: Vzorce hraní.....	35
Tabulka č. 5: Finanční důsledky.....	36
Tabulka č. 6: Léčba a období abstinence.....	37
Tabulka č. 7: Přehled nejčastějších diagnóz a jejich počet u pacientů adiktologické ambulance.....	41
Tabulka č. 8: Věkový průměr všech pacientů adiktologické ambulance v období od ledna do května 2017	42
Tabulka č. 9: Druhy a počet nejčastějších vedlejších diagnóz u pacientů adiktologické ambulance.....	42
Tabulka č. 10: Skóre respondentů v dotazníku SOC v jednotlivých oblastech.....	45
Tabulka č. 11: Počet bodů v jednotlivých kategoriích a jejich aritmetický průměr.....	48
Tabulka č. 12: Počet bodů získaných v jednotlivých strategiích zvládání stresu.....	50

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Zdroje finančních prostředků investovaných do hraní	36
Graf č. 2: Druh provozované hry dle počtu respondentů	44
Graf č. 3: Důležití lidé v životě respondenta, kteří měli nebo mají problém s hraním	44
Graf č. 4: Rozdělení respondentů na průměrné, podprůměrné a nadprůměrné, a jejich počet v jednotlivých oblastech	47
Graf č. 5: Počet respondentů zapojujících jednotlivé strategie zvládání stresu a jejich rozdělení na průměrné, podprůměrné a nadprůměrné	51

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Postup zadlužování	16
Obrázek č. 2: Orientační normy pro obecnou populaci, rozdělené dle pohlaví a věku	46
Obrázek č. 3: Aritmetické průměry a standardní odchylky dotazníku SVF78 podle věku a pohlaví (obecná populace)	49